



ETNISKE MINORITETER
- SYGDOM OG BRUG AF
SUNDHEDSVÆSENET

2006

Et registerstudie

Etniske minoriteter – sygdom og brug af sundhedsvæsenet

Et registerstudie

Etniske minoriteter – sygdom og brug af sundhedsvæsenet

Et registerstudie

Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af Nana Bro Folmann og Torben Jørgensen, Københavns
Amts Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S.

URL: <http://www.sst.dk/>

Emneord: etniske minoriteter, sundhedsvæsenet, folkesygdomme, sygesikringsydelse

Sprog: Dansk

Version: 1.1

Versionsdato: 5. maj 2006

Format: pdf

Elektronisk ISBN: 87-7676-292-0

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, april 2006

Indhold

Sammenfatning	4
1 Baggrund	6
2 Formål	7
3 Materiale og metode	8
3.1 Dannelse af database	8
3.2 Anvendte variable	8
3.2.1 Forbrug af sundhedsydelser	8
3.2.2 Demografiske og socioøkonomiske variable	13
3.3 Datakvalitet	14
3.4 Statistiske analyser	15
3.4.1 Analyser af det generelle forbrug af sundhedsydelser	15
3.4.2 Analyser af sygehuskontakter relateret til de store folkesygdomme	15
3.4.3 Analyser af medicinforbrug for udvalgte sygdomsområder	15
3.4.4 Begrænsninger i analyser	16
4 Befolkningssammensætning	17
5 Resultater	22
5.1 Forbrug af sygehusydelser	22
5.2 Forbrug af sygesikringsydelser	24
5.3 Hjerte-kar-sygdom (CVD)	26
5.4 Type 2 diabetes	40
5.5 Forebyggelig kræftsygdom	43
5.6 Kronisk lungesygdom (KOL og astma)	45
5.7 Osteoporose	50
5.8 Muskel- og skeletsygdom	52
5.9 Psykisk sygdom (depression og skizofreni)	54
6 Kommentarer	59
6.1 Konklusion	61
7 Bilagsfortegnelse	63
8 Litteraturliste	67

Sammenfatning

Formålet med nærværende rapport har været at vurdere forbruget af en række sundhedsydelser blandt de 9 største etniske minoriteter fra ikke-vestlige lande ved hjælp af nationale registre. Populationen udgøres af knap 2.5 mio. personer over 15 år bosat i Hovedstadsregionen eller Region Midtjylland 1. januar 2001. Foruden danskere indgår tyrkere, eksjugoslavere, pakistanere, iranere, irakere, libanesere, somaliere, marokkanere og vietnamesere. Der er undersøgt kontakter til sygehus og almen praksis, sygehus- og sygesikringsudgifter samt sygehuskontakter og lægemiddelforbrug inden for en række kroniske sygdomme.

Resultaterne viser, at etniske minoriteter har hyppigere kontakt til almen praksis og til sygehuset sammenlignet med danskere. For sygehusomkostninger ses et vekslende billede for mænd, idet de fleste etniske minoriteter ikke adskiller sig signifikant fra danske mænd, mens nogle minoriteter har et større eller et mindre forbrug af sygehusomkostninger. I relation til sygehus- og sygesikringsomkostninger har etniske minoritetskvinder et overvejende større forbrug end danske kvinder. Etniske minoritetsmænd har ligeledes et større forbrug af sygesikringsomkostninger end danske mænd. Derimod er billedet i forhold til kroniske sygdomme langt mere varieret. Etniske minoriteter har hyppigere livsstilssygdomme, som kan ramme i en ung alder, hvor forløbet fra eksponering til sygdomsudvikling er relativt kort (type 2 diabetes, muskelskeletsygdom, astma), mens livsstilssygdomme som typisk rammer i sen alder er overrepræsenteret blandt danskere (hjerte-kar-sygdom, osteoporose, forebyggelig kræftsygdom). For sygdommene KOL og hjerte-kar-sygdom gælder det, at pakistanere samt mænd fra Tyrkiet, Eksjugoslavien og Irak har mindre sandsynlighed for kontakt men relativt flere sygehuskontakter end danskere, hvilket tyder på, at disse grupper udgør tunge patientgrupper. Bemærkelsesværdigt er det, at etniske minoriteter har et lavere medicinforbrug end danskere også på sygdomsområder som type 2 diabetes, astma og til dels psykisk sygdom, hvor etniske minoriteter har markant flere sygehuskontakter end danskere, hvilket kan tyde på ringere behandling eller lavere kompliance blandt etniske minoriteter.

Der er tydelige forskelle mellem de etniske grupper, idet vietnamesere men til dels også marokkanere og somaliere skiller sig ud som havende færre livsstilssygdomme i modsætning til fx tyrkere, eksjugoslavere og pakistansere. Den væsentligste forskel mellem danskere og etniske minoriteter ses i relation til type 2 diabetes, hvor de etniske minoriteter generelt har langt flere sygehuskontakter end danskere. Særligt minoritetskvinder har mange kontakter sammenlignet med danske kvinder. Hvad angår psykiske sygdomme (depression og skizofreni), har nogle etniske minoriteter flere sygehuskontakter end etniske danskere, mens andre ikke afviger signifikant. Særligt libanesiske mænd har mange sygehuskontakter sammenlignet med danske mænd.

Analyserne af hjerte-kar-sygdom og type 2 diabetes er justeret for sociale forskelle for at undersøge om forskelle i brug af sundhedsvæsenet kan forklares ved forskelle i social status. Resultaterne viser, at sociale forskelle mellem etniske minoriteter og danskere kan forklare en del af forskellen i sygehuskontakter, men at samspillet mellem etnicitet, sociale forhold og sygdom er komplekst og bør undersøges nærmere.

På baggrund af de mange variationer og nuancer i resultaterne er et væsentligt budskab i denne rapport, at det er afgørende at betragte etniske minoritetsgrupper særskilt, når der planlægges forebyggelsesindsatser, eller når behovet for sundhedsydelse vurderes.

1 Baggrund

Siden 1960'erne har de europæiske lande oplevet en stor indvandring fra ikke-vestlige lande. I Danmark udgør etniske minoriteter omkring 7 % af befolkningen, hvoraf over halvdelen kommer fra 3. verdens lande (1). En dansk undersøgelse viser, at etniske minoriteter fra ikke-vestlige lande har større sandsynlighed for indlæggelse med kroniske sygdomme som type 2 diabetes, hjerte-kar-sygdom og lungesygdom sammenlignet med personer med dansk baggrund, mens der ikke er nogen særlig forskel i sandsynligheden for en generel sygehusindlæggelse (1). Undersøgelsen konkluderer, at der ikke ses væsentlige forskelle i helbredet hos ikke-vestlige indvandrere og danskere.

Takket være de danske registre og CPR-systemet er det muligt at foretage en mere detaljeret belysning af sundhedsforholdene og forbrug af sundhedsydelse blandt de etniske minoriteter og sammenholde det med de etniske danskere. Dels kan oplysninger om sygehuskontakter med fordel sammenlignes med oplysninger om medicinforbrug, og dels kan oplysninger fra de sociale registre give et mere nuanceret billede af sammenhænge mellem etnicitet, sociale forhold og sygdom. Disse forhold er ikke belyst tidligere i Danmark. Et mere nuanceret billede af etniske minoriteters sygdomsmønstre og forbrug af sundhedsydelser vil gøre det muligt at afdække højrisikogrupper og derved skabe bedre basis for forebyggelsesindsatser rettet mod de enkelte etniske grupper.

Med støtte fra Sundhedsstyrelsen samt Københavns og Århus Amt er det lykkedes at initiere dette arbejde.

2 Formål

Formålet med nærværende rapport er at vurdere forbruget af en række sundhedsydelser blandt de største etniske minoriteter fra ikke-vestlige lande samt etniske danskere.

Mere specifikt undersøges:

- det generelle forbrug af sygehusydelser samt omkostninger
- det generelle forbrug af sygesikringsydelser samt omkostninger
- sygehuskontakter relateret til de store folkesygdomme
- betydningen af sociale forskelle for sygehuskontakter
- medicinforbrug for udvalgte sygdomsområder

3 Materiale og metode

3.1 Dannelse af database

Databasen er dannet på baggrund af en række registre (tabel 3.1.1). Danmarks Statistik har foretaget data- og registerudtræk og leveret datafiler til projektet.

Tabel 3.1.1 Registere i databasen

Register	Indhold
Landspatientregistret (LPR)	Sygehuskontakter
Casemix-systemet DRG	DRG-takster
Lægemiddelregisterdatabasen	Forbrug af receptpligtig medicin
Sygesikringsregisteret	Forbrug af sygesikringsydelser samt omkostninger
Integreret database for arbejdsmarkedsforskning	Køn, alder, indkomst og arbejdsmarkedstilknytning
Befolkningsstatistikregistret	Oprindelsesland, dødsdato, statsborgerskab, vandringer, bopælskommune og amt

Populationen består af personer over 15 år, der 1. januar 2001 i CPR-registeret havde bopæl i henholdsvis Københavns Amt, Københavns Kommune, Frederiksberg Kommune, Frederiksborg Amt, Århus Amt, Viborg Amt, Ringkøbing Amt, Bornholms Amt samt Vejle Amt (n=2.418.656).

3.2 Anvendte variable

3.2.1 Forbrug af sundhedsydelser

3.2.1.1 Generelle forbrug af sygehusydelser samt omkostninger

Generelle sygehuskontakter omfatter kontakter til et heldøgnsafsnit, deldøgnsafsnit, ambulatorieafsnit og skadestueafsnit i perioden 1. januar 2001 til 31. december 2002. En heldøgnskontakt er en kontakt til et heldøgnsafsnit, som er et sengeafsnit, hvor der er normeret personale til overvågning af patienter hele døgnet (3). En deldøgnskontakt er en kontakt til deldøgnsafsnit, som er et afsnit, hvor der er normeret personale til overvågning af patienten i indtil 12 timer sammenhængende pr. døgn. En ambulatoriekontakt er en kontakt til et ambulatorieafsnit, mens en skadestuekontakt er en kontakt til et skadestueafsnit. Sygehusomkostninger er opgjort for både stationære og ambulante sygehuskontakter ved DRG¹-takster.

¹ Diagnose Relateret gruppering

I 2002 blev inddelingen af sygehusindlæggelser i henholdsvis heldøgns- og deldøgnskontakter ophævet. I stedet bliver heldøgnskontakter fra 2002 registreret som indlæggelser, mens deldøgnskontakter registreres som enten indlæggelser eller ambulatoriekontakter. Frem til 1. januar 2002 indeholdt DRG-takstsystemet afregning af både somatiske og stationære sygehuskontakter, men fra 1. januar 2002 blev case-mix-systemet DAGS (danske ambulantly afregningssystem) indført til afregning af ambulante patienter (5). Ændring i registreringspraksiser har ikke betydning for analyserne, idet alle typer sygehuskontakter vægter det samme og omkostninger opgøres samlet for 2001 og 2002.

3.2.1.2 Generelle forbrug af sygesikringsydelser samt omkostninger

Sygesikringskontakter omfatter kontakter til praktiserende læge og specialelæge. En kontakt defineres som en konsultation, en telefonkonsultation eller et besøg hos patienten. Sygesikringsudgifter er opgjort for samtlige ydelser under sygesikringen.

3.2.1.3 Sygehuskontakter relateret til de store folkesygdomme

I Danmark klassificeres sygdomsdiagnoser i Landspatientregistret efter den internationale sygdomsklassifikation ICD-10. Der angives i registeret en hoveddiagnose kaldet aktionsdiagnosen (a-diagnose) samt eventuelle bi-diagnoser. Sygehuskontakter er udelukkende optalt på baggrund af aktionsdiagnoser (tabel 3.2.1.4).

Forskellige fagpersoner har været involveret i arbejdet med at identificere aktionsdiagnoser inden for sygdomsområderne. Iben Holten fra Kræftens Bekæmpelse har hjulpet med udvælgelse af kræftdiagnoser, og speciallæge i psykiatri Lene Falgaard Eplov har været behjælpelige med psykiatriske diagnosekoder.

Hjerte-kar-sygdom

Hjerte-kar-sygdomme omfatter sygehuskontakter med:

- Hypertension (forhøjet blodtryk)
- AMI (blodprop i hjertet)
- Iskæmisk hjertesygdom (IHD) herunder angina pectoris (hjerte-kramper), blodprop i hjertet (AMI) og følger af blodprop i hjertet
- Apopleksi herunder hjerneblødning og blodprop i hjernen
- Hjerte-kar-sygdom (CVD) herunder alle ovenstående tilstande samt hjerteinsufficiens, ledningsforstyrrelser, udposning på den store legemspulsåre (aortaaneurisme) samt forkalkning i årene til nyrer, ben og arme

Type 2 diabetes

Type 2 diabetes omfatter sygehuskontakter med type 2 diabetes.

Forebyggelig kræftsygdom

Forebyggelig kræftsygdom omfatter sygehuskontakter med kræft i mund/svælg, spiserør/mavesæk, bugspytkirtel, lever, tyk- og endetarm, urinveje, åndedrætsorganer, hud/livmoderhals, prostata og mamma. Sygdommene der er udvalgt er relaterede til livsstilsfaktorer.

Kroniske lungesygdomme (KOL og astma)

Kroniske lungesygdomme omfatter sygehuskontakter med kronisk obstruktiv lungesygdom og astma.

Osteoporose

Osteoporose omfatter sygehuskontakter med osteoporose, hoftefraktur, brud af overekstremiteter og brud på rygsøjlen.

Muskel- og skeletsygdom

Muskel- og skeletsygdom omfatter sygehuskontakter med slidgigt, leddegigt, ondt i ryggen og urinsyreigt.

Psykisk sygdom

Psykisk sygdom omfatter sygehuskontakter med depression og skizofreni.

Tabel 3.2.1.4 Sygdomsområder og ICD-10 koder

Sygdomsområde	Specificeret	ICD-10 koder
Hjerte-kar-sygdom		
	Hjerte-kar-sygdom (CVD)	I10-I15, I20-I25, I21+I22, I44-I50, 161-169 (ekskl. 167.1, 167.5, 167.7, 168), I70-I73
	AMI	I21+I22
	IHD	I20-I25
	Apopleksi	I61, I63-I64
	Hypertension	I10-I15
Type 2 diabetes		
		E11-E14, O24
Forebyggelig kræftsygdom		
	Mund og svælg	C00-C06, C09-C14
	Åndedrætsorganer	C32-C34, C39
	Hud	C43
	Tyk- og endetarm	C18-C20
	Spiserør/mavesæk	C15+C16
	Lever	C22
	Mamma	C50
	Livmoderhals	C53
	Prostata	C61
	Bugspytkirtel	C25
	Urinveje	C64-C67
Kronisk lungesygdom (KOL og astma)		
	Astma	J45+J46
	KOL	J41-J44, J20-22, J18, J96
Muskel- og skeletsygdom		
	Slidgigt	M15-M19, M47
	Leddegigt	M05+M06
	Ondt i ryggen	M54
	Urinsyregigt	M10
Osteoporose		
	Osteoporose	M80-M82
	Hoftefraktur	S72.0, S72.1, S72.2
	Brud af overekstremiteter	S42, S52, S62, T10
	Brud på rygsøjlen	S32.0
Psykisk sygdom (depression og skizofreni)		
	Depression	F32, F33
	Skizofreni	F20

3.2.1.4 Medicinforbrug relateret til de store folkesygdomme

I lægemiddelregisteret klassificeres medicin efter ATC-systemet, som er et internationalt system til klassifikation af lægemidler. Herved er det muligt at relatere medicinforbruget til bestemte kroniske sygdomme. De terapeutiske grupper, som er valgt, fremgår af tabel 3.2.1.5.

Mængden af medicin angives i definerede døgndoser (DDD) (3). Den definerede døgndosis for et lægemiddel fastsættes ud fra en antaget gennemsnitsdosis pr. døgn for en voksen person.

Medicin mod hjerte-kar-sygdom

Medicin mod hjerte-kar-sygdom omfatter:

- Antihypertensiv medicin, som gives til patienter med forhøjet blodtryk. Visse af præparaterne gives dog også til patienter med iskæmisk hjertesygdom
- Diuretica, som benyttes til patienter med hypertension, men også til en række andre sygdomme med væskeophobning i kroppen.
- Hjertemedicin, som benyttes til patienter med en lang række hjertesygdomme hovedsagelig med atherosclerotisk genese.
- Kolesterol-sænkende medicin, som benyttes dels inden for primær forebyggelse af hjerte-kar-sygdom og dels til behandling af patienter med manifest hjerte-kar-sygdom

Medicin mod diabetes

Medicin mod diabetes omfatter dels insulin og dels perorale antidiabetica. Insulin benyttes både til type 1 og type 2 diabetes.

Medicin mod kronisklungesygdom

Medicin mod kronisk lungesygdom benyttes både mod astma og KOL.

Medicin mod psykisk sygdom

Medicin mod depression anvendes til patienter, som har fået stillet diagnosen depression, men har i praksis et videre indikationsområde. Antipsykotisk medicin benyttes til patienter med skizofreni, men også andre psykotiske tilstande.

Tabel 3.2.1.6 Medicinpræparater og ATC-koder

Sygdomsområde	Medicinpræparat	ATC-koder
Hjerte-kar-sygdom	Antihypertension	C02, C07, C08 og C09
	Diuretica	C03
	Hjertemedicin	C01
	Kolesterolsænkende medicin	C10
Diabetes	Medicin mod diabetes	A10A, A10B
Kronisk lungesygdom	Medicin mod lungesygdom	R03
Psykisk sygdom	Antidepressiv medicin	N06A
	Medicin mod skizofreni	N05A

3.2.2 Demografiske og socioøkonomiske variable

3.2.2.1 Etnisk gruppe

Oplysninger om etnisk gruppe er indhentet fra Danmarks Statistik. Personer er indplaceret i en etnisk gruppe på baggrund af oplysninger om fødeland og statsborgerskab. Personer klassificeres endvidere som henholdsvis indvandrere, efterkommere eller danskere.

Indvandrere defineres som: ”Personer, der er født i udlandet af forældre der begge (eller den ene hvis der ikke findes oplysninger om den anden) er udenlandske statsborgere eller født i udlandet. Hvis der ikke findes oplysninger om nogen af forældrene, og personen er født i udlandet, opfattes personen også som indvandrer”.

Efterkommere defineres som: ”Personer, der er født i Danmark af forældre, hvoraf ingen er dansk statsborger født i Danmark. Hvis der ikke findes oplysninger om nogen af forældrene, og personen er udenlandsk statsborger, opfattes personen også som efterkommer”.

Danskere defineres som: ”Personer, hvor mindst én af forældrene er dansk statsborger og født i Danmark, uanset personens eget fødeland og statsborgerskab. Hvis der ikke findes oplysninger om nogen af forældrene, tilhører personen gruppen danskere, hvis personen er dansk statsborger født i Danmark”.

I denne rapport omfatter etniske minoriteter både indvandrere og efterkommere. Gruppen af efterkommere over 15 år er relativ lille, så det har ikke været muligt at lave separate analyser på efterkommere og indvandrere.

3.2.2.2 Køn

Der er foretaget separate analyser for mænd og kvinder. Det er ligeledes undersøgt, om der er kønsforskelle inden for de etniske grupper i relation til sygehuskontakter inden for udvalgte sygdomsområder.

3.2.2.3 Alder

Alder indgår i samtlige analyser som kontinuert variabel. Der indgår kun personer over 15 år.

3.2.2.4 Risikotid

Alle analyser justeres for risikotid. Risikotid defineres som den tid, en person i perioden 1. januar 2001 til 31. december 2002 er bosiddende i Danmark. Der tages højde for dødsfald i perioden samt eventuelle ind- og udvandring.

3.2.2.5 Sociale variable

Enkelte analyser er justeret for sociale forskelle, målt ved arbejdsmarkedstilknytning og bruttoindkomst.

Arbejdsmarkedstilknytning

Arbejdsmarkedstilknytning er inddelt i følgende kategorier: i beskæftigelse, uden for arbejdsstyrken og ledig. Personer uden for arbejdsstyrken omfatter uddannelsessøgende, førtidspensionister, efterlønsmodtagere samt andre personer, mens ledige omfatter arbejdsløse.

Bruttoindkomst

Bruttoindkomstvariablen er opgjort som årsindkomst. Den er inddelt i følgende kategorier:

- under 99.999 kr.
- 100.000 - 299.999 kr.
- 300.000 - 499.999 kr.
- 500.000 - 699.999 kr.
- over 700.000 kr.

3.3 Datakvalitet

I samkørslen af data er der registreret uoverensstemmelser mellem Befolkningsstatistikregistret og henholdsvis Landspatientregisteret og Sygesikringsregistret, hvilket skyldes fejl og mangler i registreringen af ind- og udvandring. Det har derfor været nødvendigt at udarbejde en procedure til håndtering af dataproblemer (bilag 2, side 68).

3.4 Statistiske analyser

3.4.1 Analyser af det generelle forbrug af sundhedsydelser

Til analyse af sygehus- og sygesikringsydelser er det relative antal kontakter, de gennemsnitlige omkostninger samt de relative omkostninger for personer med forbrug beregnet for hver af de etniske grupper. Til analyse af det relative antal sygehuskontakter er der benyttet Poisson regression. Resultaterne er angivet som rateratioværdier. Ved en rate forstås den hastighed, hvormed begivenheder indtræffer, og rateratioen angiver forholdet mellem to rater. Hver etnisk gruppe sammenholdes med Danmark, som er reference. En rateratio over 1 er således ensbetydende med et større antal kontakter i den undersøgte tidsperiode for en given etnisk gruppe, når man sammenligner med etniske danskere. Analyseresultaterne er opgivet med et 95 % konfidensinterval. Hvis et konfidensinterval ikke indeholder tallet 1, afviger to grupper signifikant fra hinanden. Signifikante afvigelser er i rapporten markeret med kursiv og fed. Nogle estimater har meget brede konfidensintervaller og kan derfor være behæftet med en vis usikkerhed. Der er udregnet gennemsnitlige omkostninger for alle etniske grupper. Det relative forbrug af sygehusomkostninger er derudover opgjort for personer, der har haft en sygehuskontakt. Der anvendes lineær regression efter logaritmetransformation af omkostninger.

3.4.2 Analyser af sygehuskontakter relateret til de store folkesygdomme

Til analyse af sygehuskontakter er det gennemsnitlige antal sygehuskontakter, sandsynligheden for at have en kontakt samt det relative antal sygehuskontakter beregnet. Det gennemsnitlige antal sygehuskontakter for hver etnisk gruppe er opgjort pr. 100.000 personår. Til analyse af sandsynligheden for kontakt er benyttet logistisk regression, mens der til analyse af det relative forbrug af sygehuskontakter er benyttet Poisson regression. Resultaterne er angivet som oddsratioværdier. En oddsratio er forholdet mellem odds for en given begivenhed dvs. sandsynligheden for begivenhed divideret med sandsynlighed for ingen begivenhed.

3.4.3 Analyser af medicinforbrug for udvalgte sygdomsområder

Til analyse af medicinforbrug er det gennemsnitlige medicinforbrug, sandsynligheden for at have et medicinforbrug og det relative medicinforbrug for brugere beregnet. Det gennemsnitlige medicinforbrug er opgjort pr. personår. Sandsynligheden for at have et forbrug er beregnet ved logistisk regression. Det relative medicinforbrug af opgjort for de personer, der har et forbrug. Medicinforbruget er analyseret vha. lineær regression efter logaritmetransformation.

3.4.4 Begrænsninger i analyser

Enkelte analyser justeres for sociale forskelle i form af arbejdsmarkedstilknøytning og bruttoindkomst. Det har ikke været muligt at justere analyserne for uddannelse, idet validiteten af variabelen var tvivlsom, dels pga. manglende oplysninger om uddannelse blandt etniske minoriteter, dels fordi nogle oplysninger om uddannelse blandt etniske minoriteter er indsamlet ved anden metode (spørgeskemaundersøgelse) end ved indberetning fra uddannelsesinstitutionerne, som er vanlig praksis.

Analyserne er justeret for alder. Der kan være en potentiel risiko for, at analyserne ikke er justeret optimalt for alder pga. de mange unge blandt etniske minoriteter sammenlignet med etniske danskere.

4 Befolkningssammensætning

Populationen består af danskere, tyrkere, eksjugoslavere, pakistanere, libanesere, irakere, somaliere, iranere, marokkanere samt vietnamesere over 15 år, der 1. januar 2001 var bosiddende i Hovedstadsregionen eller Region Midtjylland (n=2.418.656). Danskere udgør over 95 % af populationen, mens indvandrere som den næststørste gruppe udgør 3,5 % og efterkommerne 0,4 % (tabel 4.1). Tyrkere er den største etniske minoritet, mens vietnamesere er den mindste (tabel 4.2).

Etniske minoriteter fra Europa, Nordamerika og Australien samt mindre etniske minoriteter er fravalgt (n=135.297).

Aldersfordelingen blandt danskere adskiller sig meget fra de etniske minoriteters (tabel 4.3). Mens de yngre aldersgrupper udgør den største andel af de etniske minoriteter, er aldersfordelingen mere jævnt fordelt blandt danskere. Blandt danskere og vietnamesere ses der en lille overvægt af kvinder i forhold til mænd, mens billedet er omvendt for de øvrige etniske minoriteter (tabel 4.4).

Sammenlignet med de etniske minoriteter har danskere den største andel af personer i beskæftigelse, mens libanesere har den mindste andel (tabel 4.5). Blandt de etniske minoriteter er der flere, som er uden for arbejdsstyrken og flere ledige. Desuden er bruttoårsindkomsten generelt højere blandt danskere sammenlignet med de etniske minoriteter (tabel 4.6).

Tabel 4.1 Fordeling af danskere, efterkommere og indvandrere blandt personer over 15 år

	Antal	Procent
Danskere	2.323.705	96,1
Efterkommere	9.459	0,4
Indvandrere	85.495	3,5
I alt	2.418.656	100,0

Tabel 4.2 Fordeling af danskere og etniske minoriteter blandt personer over 15 år

	Antal	Procent
Danmark	2.323.705	96,1
Tyrkiet	24.774	1,0
Eksjugoslavien	20.708	0,9
Pakistan	11.812	0,5
Iran	7.796	0,3
Irak	7.756	0,3
Libanon	6.728	0,3
Somalia	6.112	0,2
Marokko	4.959	0,2
Vietnam	4.306	0,2
I alt	2.418.656	100,0

Tabel 4.3 Aldersfordeling blandt danskere og etniske minoriteter blandt personer over 15 år

ALDER								
Antal Rækkeprocent Kolonneprocent	16-25 år	26-35 år	36-45 år	46-55 år	56-65 år	66-75 år	≥ 76 år	Total
Danmark	316.372 13.61 93.01	436.033 18.75 96.96	412.512 17.75 94.85	398.044 17.33 97.26	330.952 14.24 98.26	219.392 9.44 98.70	210.391 9.05 99.63	2.323.705
Tyrkiet	7.281 29.39 2.14	7.793 31.46 1.68	5.114 30.64 1.18	2.411 9.73 0.59	1.443 5.82 0.43	639 2.58 0.29	93 0.38 0.04	24.774
Eksjugoslavien	4.402 21.26 1.29	5.207 25.14 1.12	4.542 21.93 1.04	3.374 16.29 0.82	1.848 8.92 0.55	1.059 5.11 0.48	276 1.33 0.13	20.708
Pakistan	3.627 30.71 1.07	3.295 27.90 0.71	1.833 15.52 0.42	1.754 14.85 0.43	1.004 8.50 0.30	248 2.10 0.11	51 0.43 0.02	11.812
Iran	1.366 17.52 0.40	1.538 19.73 0.33	3.250 41.59 0.75	918 11.75 0.22	371 4.76 0.11	253 3.25 0.11	100 1.28 0.05	7.796
Irak	1.608 20.73 0.47	2.374 30.61 0.51	2.365 30.49 0.54	904 11.66 0.22	299 3.86 0.09	158 2.04 0.07	48 0.62 0.02	7.756
Libanon	1.716 25.51 0.50	2.346 34.87 0.51	1.831 27.21 0.42	476 7.07 0.12	211 3.14 0.06	110 1.63 0.05	38 0.56 0.02	6.728
Somalia	1.513 24.75 0.36	2.741 44.85 0.59	1.288 21.07 0.30	306 5.01 0.07	127 2.08 0.04	111 1.82 0.05	26 0.43 0.01	6.112
Marokko	1.229 24.78 0.36	1.470 29.64 0.32	1.161 23.41 0.27	581 11.72 0.14	390 7.86 0.12	111 2.24 0.05	17 0.34 0.01	4.959
Vietnam	1.039 24.13 0.31	1.247 28.96 0.27	1.017 23.62 0.23	506 11.75 0.12	177 4.11 0.05	192 4.46 0.09	128 2.97 0.06	4.306
Total	340.153	464.044	434.922	409.922	336.822	222.273	211.168	2.418.656

Tabel 4.4 Kønsfordeling blandt danskere og etniske minoriteter blandt personer over 15 år

Antal Rækkeprocent Kolonneprocent	Køn		Total
	Mænd	Kvinder	
Danmark	1.131.273 48.68 95.69	1.192.432 51.32 96.44	2.323.705
Tyrkiet	13.011 52.52 1.10	11.763 47.48 0.95	24.774
Eksjugoslavien	10.545 50.92 0.89	10.163 49.08 0.82	20.708
Pakistan	6313 53.45 0.53	5.499 46.55 0.44	11.812
Iran	4.689 60.15 0.40	3.107 39.85 0.25	7.796
Irak	4.619 59.55 0.39	3.137 40.45 0.25	7.756
Libanon	3.743 55.63 0.32	2.985 44.37 0.24	6.728
Somalia	3.195 52.27 0.27	2.917 47.73 0.24	6.112
Marokko	2.719 54.83 0.23	2.240 45.17 0.18	4.959
Vietnam	2145 49.81 0.18	2.161 50.19 0.17	4.306
Total	1.182.252	1.236.404	2.418.656

Tabel 4.5 Arbejdsmarkedstilkn ytning blandt danskere og etniske minoriteter blandt personer over 15 år

Antal Rækkeprocent Kolonneprocent	Arbejdsmarkedstilkn�ytning				Total
	I beskæftigelse	Uden for ar- bejdsstyrken	Ledige	Uoplyst	
Danmark	1.442.317 62.07 97.29	840.944 36.19 94.33	40.364 1.74 90.80	80 0.00 45.98	2.323.705
Tyrkiet	12.500 50.46 0.84	10.616 42.85 1.19	1639 6.62 3.69	19 0.08 10.92	24.774
Eksjugoslavien	10.131 48.92 0.68	9.855 47.59 1.11	705 3.40 1.59	17 0.08 9.77	20.708
Pakistan	5.388 45.61 0.36	5.859 49.60 0.66	562 4.76 1.26	3 0.03 1.72	11.812
Iran	3.451 44.27 0.23	4.033 51.73 0.45	301 3.86 0.68	11 0.14 6.32	7.796
Irak	1.775 22.89 0.12	5.808 74.88 0.65	159 2.05 0.36	14 0.18 8.05	7.756
Libanon	1.609 23.91 0.11	4.913 73.02 0.55	201 2.99 0.45	5 0.07 2.87	6.728
Somalia	902 14.76 0.06	5.087 83.23 0.57	104 1.70 0.23	19 0.31 10.92	6.112
Marokko	2.321 46.80 0.16	2.360 47.59 0.26	274 5.53 0.62	4 0.08 2.30	4.959
Vietnam	2.102 48.82 0.14	2.057 47.77 0.23	145 3.37 0.33	2 0.05 1.15	4.306
Total	1.482.496	891.532	44.454	174	2.418.656

Tabel 4.6 Bruttoindkomst blandt danskere og etniske minoriteter blandt personer over 15 år

Antal Rækkeprocent Kolonneprocent	Årsindkomst					Total
	Under 99.999 kr.	100.000- 299.999 kr.	300.000- 499.999 kr.	500.000- 699.999 kr.	Over 700.000 kr.	
Danmark	393.239 16.92 92.21	1.405.730 60.50 96.14	412.899 17.77 98.86	72.233 3.11 99.46	39.604 1.70 99.69	2.323.705
Tyrkiet	8.314 33.56 1.95	15.300 61.76 1.05	1.076 4.34 0.26	67 0.27 0.09	17 0.07 0.04	24.774
Eksjugoslavien	6.655 32.14 1.56	12.540 60.56 0.86	1.377 6.65 0.33	104 0.50 0.14	32 0.15 0.08	20.708
Pakistan	4.981 42.17 1.17	6.071 51.40 0.42	674 5.71 0.16	69 0.58 0.10	17 0.14 0.04	11.812
Iran	2.902 37.22 0.68	4.135 53.04 0.28	671 8.61 0.16	72 0.92 0.10	16 0.21 0.04	7.796
Irak	2.707 34.90 0.63	4.815 62.08 0.33	194 2.50 0.05	25 0.32 0.03	15 0.19 0.04	7.756
Libanon	2.316 34.42 0.54	4.221 62.74 0.29	167 2.48 0.04	15 0.22 0.02	9 0.13 0.02	6.728
Somalia	2.245 36.73 0.53	3.818 62.47 0.26	47 0.77 0.01	1 0.02 0.00	1 0.02 0.00	6.112
Marokko	1.594 32.14 0.37	3.089 62.29 0.21	251 5.06 0.06	14 0.28 0.02	11 0.22 0.03	4.959
Vietnam	1.520 35.30 0.36	2.468 57.32 0.17	289 6.71 0.07	24 0.56 0.03	5 0.12 0.01	4.306
Total	426.473	1.462.187	417.645	72.624	39.727	2.418.656

5 Resultater

5.1 Forbrug af sygehusydelser

Sygehuskontakter og sygehusomkostninger

Når analyserne justeres for aldersforskelle, har alle etniske minoriteter med undtagelse af vietnamesere signifikant flere sygehuskontakter end danskere (tabel 5.1.1). De gennemsnitlige sygehusomkostninger er for mænd højest blandt danskere og lavest blandt vietnamesere, mens de for kvinder er højest blandt somaliere og lavest blandt vietnamesere. Disse gennemsnitlige omkostninger er imidlertid ikke justeret for aldersforskelle. Blandt mænd med sygehuskontakt har pakistanere, libanesere, irakere og somaliere signifikant større sygehusomkostninger sammenlignet med danske mænd. Iranske og marokkanske mænd har signifikant lavere sygehusomkostninger sammenlignet med danskere, mens vietnamesere ikke adskiller sig signifikant. Blandt kvinder med sygehuskontakt har alle etniske minoriteter et signifikant større forbrug af sygehusomkostninger sammenlignet med danske kvinder, bortset fra iranere og eksjugoslavere, som ikke afviger signifikant.

Tabel 5.1.1 Sygehuskontakter og sygehusomkostninger

De første to kolonner viser det relative antal sygehuskontakter (heldøgnsindlæggelser, ambulatoriekontakter, deldøgnsindlæggelser samt skadestuebesøg) for hver af de 9 minoriteter med Danmark som reference. De to efterfølgende kolonner viser de gennemsnitlige sygehusomkostninger per person for 10 etniske grupper. De to sidste kolonner angiver de relative sygehusomkostninger blandt personer, som har en sygehuskontakt for hver af de ni etniske minoriteter med Danmark som reference. Analyserne er baseret på perioden 2001-2002 og på personer over 15 år (n=2.418.545).

	Sygehuskontakter (RR) **	Sygehuskontakter (RR) **	Gennemsnitlig sygehusomkostning (i KR) *	Gennemsnitlig sygehusomkostning (i KR) *	Sygehusomkostninger givet kontakt (i KR) **	Sygehusomkostninger givet kontakt (i KR) **
	Mænd (n=1.182.201)	Kvinder (n=1.236.344)	Mænd (n=1.182.201)	Kvinder (n=1.236.344)	Mænd (n=532.503)	Kvinder (n=622.846)
Danmark	1 (ref.)	1 (ref.)	12.103	13.676	1 (ref.)	1 (ref.)
Tyrkiet	1.27 (1.26-1.29)	1.43 (1.41-1.44)	7.446	10.972	0.99 (0.95-1.03)	1.16 (1.11-1.20)
Eksjugoslavien	1.16 (1.15-1.18)	1.20 (1.18-1.21)	9.431	11.249	1.02 (0.97-1.07)	1.04 (0.99-1.09)
Pakistan	1.30 (1.28-1.32)	1.71 (1.68-1.73)	5.587	14.507	0.99 (0.94-1.05)	1.34 (1.26-1.42)
Iran	1.13 (1.10-1.15)	1.42 (1.39-1.45)	7.304	11.703	0.91 (0.85-0.97)	0.99 (0.92-1.06)
Irak	1.34 (1.32-1.37)	1.76 (1.73-1.80)	8.404	14.536	1.08 (1.01-1.16)	1.51 (1.41-1.62)
Libanon	1.47 (1.44-1.50)	1.75 (1.72-1.79)	8.126	14.068	1.16 (1.08-1.25)	1.68 (1.56-1.81)
Somalia	1.70 (1.66-1.75)	2.39 (2.35-2.43)	9.618	19.232	1.27 (1.17-1.37)	2.24 (2.09-2.41)
Marokko	1.32 (1.29-1.36)	1.40 (1.37-1.44)	8.052	10.378	0.86 (0.79-0.94)	1.20 (1.10-1.32)
Vietnam	0.73 (0.70-0.76)	0.99 (0.95-1.01)	5.458	8.968	0.92 (0.82-1.04)	1.16 (1.04-1.28)

* justeret for risikotid

** justeret for alder og risikotid

5.2 Forbrug af sygesikringsydelser

Når der justeres for aldersforskelle, har etniske minoriteter signifikant flere sygesikringskontakter end danskere, bortset fra vietnamesere, som har signifikant færre kontakter (tabel 5.2.1). De gennemsnitlige sygesikringsomkostninger er størst blandt iranske kvinder og lavest blandt vietnamesere, mens de for kvinder er højest blandt libanesere og lavest blandt vietnamesere. Disse sygesikringsomkostninger er ikke justeret for aldersforskelle. For begge køn med kontakt til sygesikringen, er forbruget af sygesikringsomkostninger signifikant større blandt de etniske minoriteter end blandt etniske danskere med undtagelse af eksjugoslavere, som ikke afviger signifikant fra danskere, og vietnamesere, som har signifikant færre kontakter.

Tabel 5.2.1 Sygesikringskontakter og sygesikringsomkostninger

De første to kolonner viser det relative antal sygesikringsydelse (besøg og konsultationer) for hver af de 9 minoriteter med Danmark som reference. De to efterfølgende kolonner viser de gennemsnitlige sygesikringsomkostninger per person for 10 etniske grupper. De to sidste kolonner angiver de relative sygesikringsomkostninger blandt personer, som har en sygesikringsydelse for hver af de 9 etniske minoriteter med Danmark som reference. Analyserne er baseret på perioden 2001-2002 og på personer over 15 år (n=2.418.545).

	Sygesikringsydelse (RR)**	Sygesikringsydelse (RR)**	Gennemsnitlig sygesikringsomkostning (i KR)*	Gennemsnitlig sygesikringsomkostning (i KR)*	Sygesikringsomkostning givet kontakt (i KR)**	Sygesikringsomkostning givet kontakt (i KR)**
	Mænd (n=1.182.201)	Kvinder (n=1.236.344)	Mænd (n=1.182.201)	Kvinder (n=1.236.344)	Mænd (n=1.136.486)	Kvinder (n=1.222.185)
Danmark	1 (ref.)	1 (ref.)	2.395	3.708	1 (ref.)	1 (ref.)
Tyrkiet	1.30 (1.29-1.30)	1.27 (1.26-1.27)	2.209	3.956	1.12 (1.10-1.14)	1.22 (1.20-1.24)
Eksjugoslavien	1.14 (1.14-1.15)	1.05 (1.05-1.05)	2.199	3.655	1.00 (0.98-1.02)	1.00 (0.98-1.01)
Pakistan	1.37 (1.36-1.38)	1.24 (1.23-1.25)	2.474	4.065	1.15 (1.12-1.18)	1.18 (1.15-1.21)
Iran	1.37 (1.36-1.38)	1.34 (1.33-1.35)	2.638	4.476	1.26 (1.22-1.30)	1.35 (1.31-1.40)
Irak	1.48 (1.47-1.49)	1.34 (1.32-1.34)	2.931	4.698	1.41 (1.36-1.45)	1.45 (1.41-1.50)
Libanon	1.75 (1.73-1.76)	1.55 (1.54-1.56)	2.798	4.765	1.42 (1.38-1.47)	1.51 (1.46-1.56)
Somalia	1.31 (1.30-1.32)	1.25 (1.24-1.26)	1.866	3.746	1.04 (1.01-1.08)	1.23 (1.19-1.27)
Marokko	1.13 (1.11-1.14)	1.13 (1.12-1.14)	2.257	3.963	1.08 (1.04-1.12)	1.18 (1.14-1.23)
Vietnam	0.86 (0.85-0.87)	0.81 (0.81-0.82)	1.509	2.612	0.73 (0.69-0.76)	0.76 (0.73-0.79)

* justeret for risikotid

** justeret for alder og risikotid

5.3 Hjerte-kar-sygdom (CVD)

Hypertension

Det gennemsnitlige antal sygehuskontakter er højest blandt eksjugoslavere for begge køn, mens det er lavest blandt iranske mænd og blandt somaliske kvinder (tabel 5.3.1). Når der justeres for aldersforskelle, ses det, at mænd fra Somalia og Iran samt kvinder fra Tyrkiet, Pakistan, Libanon, Irak, Somalia samt Marokko har signifikant mindre sandsynlighed for sygehuskontakt end danskere. Øvrige etniske minoriteter afviger ikke signifikant fra danskere. Ses der på det relative antal sygehuskontakter, har mænd fra Eksjugoslavien og Pakistan signifikant flere sygehuskontakter sammenlignet med danske mænd, mens der ses signifikant færre sygehuskontakter blandt mænd fra Iran. Mænd fra de øvrige etniske grupper afviger ikke signifikant fra danske mænd. Sammenlignet med danske kvinder ses der signifikant flere sygehuskontakter blandt kvinder fra Eksjugoslavien, mens der ses signifikant færre sygehuskontakter blandt kvinder fra Pakistan, Libanon og Somalia. Kvinder fra de øvrige etniske grupper afviger ikke signifikant fra danske kvinder.

AMI

For mænd er det gennemsnitlige antal sygehuskontakter højest blandt pakistanere og lavest blandt somaliere (tabel 5.3.2), mens det hos kvinder er højest blandt danskere og lavest blandt libanesere. Når der justeres for aldersforskelle har mænd fra Tyrkiet, Eksjugoslavien, Irak, Somalia, Marokko samt Vietnam signifikant mindre sandsynlighed for sygehuskontakt end danskere, mens det for kvinder gælder tyrkere, eksjugoslavere, libanesere, irakere, somaliere, iranere og vietnamesere. Kvinder og mænd fra de øvrige etniske minoriteter afviger ikke signifikant fra danskere. Ses der på det relative antal sygehuskontakter, har mænd fra Tyrkiet, Eksjugoslavien, Pakistan, Irak og Iran sammenlignet med danske mænd signifikant flere kontakter, mens mænd fra de øvrige etniske grupper ikke afviger signifikant fra danskere. Sammenlignet med danske kvinder er det kun kvinder fra Tyrkiet og Pakistan, som har signifikant flere kontakter, mens kvinder fra de øvrige grupper ikke afviger signifikant fra danske kvinder. Mænd fra Tyrkiet, Eksjugoslavien og Irak samt kvinder fra Tyrkiet har således mindre sandsynlighed for kontakt, men har relativt flere sygehuskontakter end danskere.

Iskæmisk hjertesygdom

For både mænd og kvinder er det gennemsnitlige antal sygehuskontakter højest blandt pakistanere og lavest blandt somaliere (tabel 5.3.3). Når der justeres for aldersforskelle, har mænd fra Somalia, Marokko og Vietnam signifikant mindre sandsynlighed for sygehuskontakt end danskere, mens pakistanske mænd har større sandsynlighed. Kvinder fra Tyrkiet, Libanon, Somalia, Marokko og Vietnam har signifikant mindre sandsynlighed for sygehuskontakt sammenlignet med danske kvinder. Kvinder og mænd fra de øvrige etniske minoriteter afviger ikke signifikant fra danskere. Ses der på det relative antal sygehuskontakter, har mænd fra Tyrkiet, Eksjugoslavien, Pakistan, Libanon, Irak og Iran signifikant flere kontakter end danske mænd. Mænd fra Somalia og Vietnam har signifikant færre kontakter end danske mænd, mens mænd fra Marokko ikke afviger signifikant. Sammenlignet

med danske kvinder ses der signifikant flere sygehuskontakter blandt kvinder fra Tyrkiet, Eksjugoslavien, Pakistan, Irak og Iran. Kvinder fra Somalia, Marokko og Vietnam har signifikant færre kontakter end danske kvinder, mens kvinder fra Libanon ikke afviger signifikant. Tyrkiske kvinder har således mindre sandsynlighed for kontakt, men har relativt flere sygehuskontakter end danske kvinder.

Apopleksi

Det gennemsnitlige antal sygehuskontakter er højest blandt danskere for begge køn, mens det er lavest blandt marokkanske mænd og blandt somaliske kvinder (tabel 5.3.4). Når der justeres for aldersforskelle, ses det, at både mænd og kvinder fra samtlige minoriteter har signifikant mindre sandsynlighed for sygehuskontakt sammenlignet med danskere. Ses der på det relative antal sygehuskontakter, har mænd fra Iran og Marokko relativt færre kontakter sammenlignet med danske mænd, mens de øvrige etniske grupper ikke afviger signifikant. Sammenlignet med danske kvinder ses der signifikant flere sygehuskontakter blandt kvinder fra Eksjugoslavien, mens kvinder fra Tyrkiet, Libanon, Somalia, Iran, Marokko og Vietnam har signifikant færre kontakter. Kvinder fra de øvrige etniske grupper afviger ikke signifikant fra danske kvinder. Eksjugoslaviske kvinder har således mindre sandsynlighed for kontakt, men har relativt flere sygehuskontakter end danske kvinder.

Hjerte-kar-sygdom

For både mænd og kvinder er det gennemsnitlige antal sygehuskontakter højest blandt danskere og lavest blandt somaliere (tabel 5.3.5). Når der justeres for aldersforskelle, ses det, at både mænd og kvinder fra samtlige minoriteter har signifikant mindre sandsynlighed for sygehuskontakt sammenlignet med danskere. Ses det på det relative antal sygehuskontakter, har mænd fra Tyrkiet, Eksjugoslavien, Pakistan, Libanon og Irak signifikant flere kontakter sammenlignet med danske mænd, men der ses signifikant færre sygehuskontakter blandt mænd fra Somalia, Iran, Marokko og Vietnam. Sammenlignet med danske kvinder ses der signifikant flere sygehuskontakter blandt kvinder fra Tyrkiet, Eksjugoslavien, Pakistan, Irak, Iran og Marokko, mens der ses signifikant færre sygehuskontakter blandt kvinder fra Libanon, Somalia og Vietnam. Mænd fra Tyrkiet, Eksjugoslavien, Pakistan, Libanon og Irak samt kvinder fra Tyrkiet, Eksjugoslavien, Pakistan, Irak Iran og Marokko har således mindre sandsynlighed for kontakt end danskere, men har relativt flere sygehuskontakter.

Der ses signifikant flere kontakter blandt mænd end kvinder blandt danskere, tyrkere, eksjugoslavere, pakistanere, libanesere, somaliere og iranere, mens der ikke er signifikant kønsforskel blandt irakere, marokkanere og vietnamesere (bilag 1, side 67).

Når der justeres for sociale forskelle mellem de etniske grupper, ændres billedet både for mænd og kvinder (tabel 5.3.5). Sammenlignet med danske

mænd er det nu kun mænd fra Eksjugoslavien og Pakistan, som har signifikant flere indlæggelser, mens mænd fra Tyrkiet og Libanon ikke afviger signifikant fra danske mænd. Mænd fra Irak ændrer sig fra at have signifikant flere til at have signifikant færre kontakter end danske mænd, mens der for de resterende grupper sker en udviskning blandt de, som havde signifikant flere sygehuskontakter end etniske danskere. Sammenlignet med danske kvinder har kvinder fra Eksjugoslavien og Irak fortsat signifikant flere indlæggelser end danske kvinder, mens der nu ikke længere er signifikant forskel på sygehuskontakter mellem danske kvinder og kvinder fra Pakistan, Iran og Marokko. Desuden er der efter justering for sociale forskelle nu signifikant færre sygehuskontakter blandt tyrkiske kvinder sammenlignet med danske.

Medicin mod hjerte-kar-sygdom

Hjertemedicin

Det gennemsnitlige forbrug er højest blandt danskere og lavest blandt somaliere hos begge køn (tabel 5.3.6). Når der justeres for aldersforskelle har alle etniske minoritetsgrupper en signifikant mindre sandsynlighed for at have et forbrug sammenlignet med etniske danskere. Blandt personer med et forbrug, er der ingen signifikant forskel i forbruget blandt danskere og de øvrige etniske grupper undtagen for eksjugoslaviske mænd, hvis forbrug er signifikant lavere end danske mænd samt tyrkiske og pakistanske kvinder, hvis forbrug er signifikant højere end danske kvinder.

Antihypertensiv medicin

Det gennemsnitlige forbrug er højest blandt danskere og lavest blandt somaliere for begge køn (tabel 5.3.7). Når der justeres for aldersforskelle, har alle etniske minoriteter en signifikant mindre sandsynlighed for at have et forbrug sammenlignet med etniske danskere. Også blandt personer med et forbrug, er det relative forbrug signifikant lavere blandt de etniske minoriteter sammenlignet med danske mænd og kvinder.

Diuretica

Det gennemsnitlige forbrug er højest blandt danskere og lavest blandt somaliske mænd og kvinder (tabel 5.3.8). Når der justeres for aldersforskelle, har alle etniske minoriteter en signifikant mindre sandsynlighed for at have et forbrug sammenlignet med etniske danskere, med undtagelse af somaliske kvinder, som ikke afviger signifikant fra danske kvinder. Blandt personer med et forbrug, har mænd fra Tyrkiet, Eksjugoslavien, Irak og Iran et signifikant lavere forbrug sammenlignet med danskere, mens pakistanere, libanesere, somaliere, marokkanere og vietnamesere ikke afviger signifikant. Blandt kvinder er der – sammenlignet med danskere - et signifikant lavere forbrug blandt alle etniske minoriteter undtagen for vietnamesere, som ikke udviser nogen forskel.

Kolesterolsænkende medicin

Det gennemsnitlige forbrug er højest blandt danskere og lavest blandt somaliere hos begge køn (tabel 5.3.9). Når der justeres for aldersforskelle, har al-

le etniske minoritetsgrupper en signifikant mindre sandsynlighed for at have et forbrug, bortset fra pakistanske mænd, som ikke afviger signifikant fra danske mænd. Blandt mænd med et forbrug, er dette signifikant lavere blandt alle de etniske minoritetsgrupper sammenlignet med etniske danskere, undtagen irakere og vietnamesere, som ikke afviger signifikant fra danskere. Blandt kvinder med et forbrug, er forbruget ligeledes signifikant lavere blandt alle etniske minoriteter sammenlignet med etniske danskere, undtagen blandt irakere, somaliere og vietnamesere, som ikke afviger signifikant fra danske kvinder.

Antihypertensiv medicin, diuretica og hjertemedicin

Det gennemsnitlige forbrug er højest blandt danske mænd og kvinder og lavest blandt somaliske mænd og kvinder (tabel 5.3.10). Når der justeres for aldersforskelle, har alle etniske minoritetsgrupper en signifikant mindre sandsynlighed for at have et forbrug sammenlignet med danskere. Blandt personer med et forbrug, har alle etniske minoriteter et signifikant lavere forbrug end danskere.

Resumé

Det generelle billede viser mindre sandsynlighed for sygehuskontakt for de forskellige former for hjerte-kar-sygdomme blandt etniske minoriteter sammenlignet med danskere. Dette er i kontrast til, at det relative antal sygehuskontakter for flere af sygdomsgrupperne er større blandt visse etniske grupper (iranere, tyrkere, eksjugoslavere, pakistanere og til dels irakere)

Etniske minoriteter har mindre sandsynlighed for at have et medicinforbrug sammenlignet med danskere, hvilket er i overensstemmelse med den mindre sandsynlighed for sygehuskontakt. Imidlertid ses et mindre relativt forbrug af medicin blandt de etniske minoriteter sammenlignet med danskere.

Tabel 5.3.1 Sygehuskontakter – hypertension

De to første kolonner viser gennemsnitlige heldøgnsindlæggelser og ambulatoriekontakter med a-diagnose hypertension blandt danskere og 9 etniske minoriteter. De to efterfølgende kolonner viser sandsynligheden for at have en sygehuskontakt, mens de to sidste kolonner viser det relative antal sygehuskontakter for hver af de 9 minoriteter med Danmark som reference. Analyserne er baseret på perioden 2001-2002 og på personer over 15 år (n=2.418.545).

	Gn. sygehuskontakter per 100.000 personår*	Gn. sygehuskontakter per 100.000 personår*	Sandsynlighed for sygehuskontakt (OR)**	Sandsynlighed for sygehuskontakt (OR)**	Relative antal sygehuskontakter (RR)**	Relative antal sygehuskontakter (RR)**
	Mænd (n=1.182.201)	Kvinder (n=1.236.344)	Mænd (n=1.182.201)	Kvinder (n=1.236.344)	Mænd n=1.182.201)	Kvinder (n=1.236.344)
Danmark	576	614	1 (ref.)	1 (ref.)	1 (ref.)	1 (ref.)
Tyrkiet	322	304	0.43 (0.18-1.03)	0.63 (0.45-0.87)	0.93 (0.74-1.15)	0.89 (0.70-1.12)
Eksjugoslavien	945	731	1.29 (0.99-1.67)	1.11 (0.85-1.45)	2.27 (1.97-2.61)	1.72 (1.46-2.02)
Pakistan	502	176	0.96 (0.65-1.41)	0.48 (0.28-0.83)	1.33 (1.03-1.70)	0.50 (0.32-0.79)
Iran	109	378	0.20 (0.07-0.53)	0.53 (0.26-1.06)	0.27 (0.15-0.51)	0.95 (0.63-1.43)
Irak	351	306	0.56 (0.31-1.00)	0.46 (0.22-0.96)	0.97 (0.68-1.37)	0.88 (0.56-1.38)
Libanon	378	136	0.56 (0.29-1.08)	0.41 (0.18-0.92)	1.12 (0.78-1.63)	0.42 (0.21-0.85)
Somalia	351	127	0.29 (0.11-0.77)	0.35 (0.15-0.85)	1.13 (0.73-1.73)	0.40 (0.19-0.84)
Marokko	298	224	0.43 (0.18-1.03)	0.18 (0.05-0.73)	0.77 (0.47-1.26)	0.65 (0.35-1.21)
Vietnam	308	305	0.54 (0.23-1.31)	0.57 (0.26-1.27)	0.77 (0.45-1.33)	0.75 (0.43-1.30)

* justeret for risikotid

** justeret for alder og risikotid

Tabel 5.3.2 Sygehuskontakter - akut myokardie infarkt (AMI)

De to første kolonner viser gennemsnitlige heldøgnsindlæggelser og ambulatoriekontakter med a-diagnose AMI blandt danskere og 9 etniske minoriteter. De to efterfølgende kolonner viser sandsynligheden for at have en sygehuskontakt, mens de to sidste kolonner viser det relative antal sygehuskontakter for hver af de 9 minoriteter med Danmark som reference. Analyserne er baseret på perioden 2001-2002 og på personer over 15 år (n=2.416.305).

	Gn. sygehuskontakter per 100.000 personer*	Gn. sygehuskontakter per 100.000 personer*	Sandsynlighed for sygehuskontakt (OR)**	Sandsynlighed for sygehuskontakt (OR)**	Relative antal sygehuskontakter (RR)**	Relative antal sygehuskontakter (RR)**
	Mænd (n=1.182.201)	Kvinder (n=1.234.104)	Mænd (n=1.182.201)	Kvinder (n=1.234.104)	Mænd n=1.182.201)	Kvinder (n=1.234.104)
Danmark	670	349	1 (ref.)	1 (ref.)	1 (ref.)	1 (ref.)
Tyrkiet	447	137	0.67 (0.51-0.87)	0.30 (0.17-0.53)	1.73 (1.44-2.09)	1.57 (1.11-2.22)
Eksjugoslavien	485	179	0.66 (0.49-0.88)	0.44 (0.27-0.72)	1.35 (1.11-1.65)	1.23 (0.89-1.71)
Pakistan	713	259	0.96 (0.70-1.30)	0.82 (0.51-1.32)	2.38 (1.93-2.94)	2.88 (1.99-4.18)
Iran	655	115	0.84 (0.58-1.23)	0.40 (0.17-0.97)	2.09 (1.62-2.69)	0.91 (0.43-1.91)
Irak	504	64	0.47 (0.28-0.80)	0.18 (0.05-0.73)	1.92 (1.44-2.56)	0.70 (0.26-1.86)
Libanon	324	17	0.63 (0.38-1.05)	0.09 (0.01-0.66)	1.37 (0.92-2.05)	0.23 (0.03-1.60)
Somalia	184	18	0.18 (0.07-0.43)	0.07 (0.01-0.47)	0.92 (0.51-1.66)	0.24 (0.03-1.70)
Marokko	187	§	0.28 (0.12-0.68)	§	0.62 (0.33-1.15)	§
Vietnam	237	24	0.28 (0.11-0.76)	0.12 (0.02-0.87)	0.66 (0.36-1.23)	0.16 (0.02-1.14)

§ Få eller ingen events

* justeret for risikotid

** justeret for alder og risikotid

Tabel 5.3.3 Sygehuskontakter - iskæmisk hjertesygdom (IHD)

De to første kolonner viser gennemsnitlige heldøgnsindlæggelser og ambulatoriekontakter med a-diagnose IHD blandt danskere og 9 etniske minoriteter. De to efterfølgende kolonner viser sandsynligheden for at have en sygehuskontakt, mens de to sidste kolonner viser det relative antal sygehuskontakter for hver af de 9 minoriteter med Danmark som reference. Analyserne er baseret på perioden 2001-2002 og på personer over 15 år (n=2.418.545).

	Gn. sygehuskontakter pr. 100.000 personer*	Gn. sygehuskontakter pr. 100.000 personer*	Sandsynlighed for sygehuskontakt (OR)**	Sandsynlighed for sygehuskontakt (OR)**	Relative antal sygehuskontakter (RR)**	Relative antal sygehuskontakter (RR)**
	Mænd (n=1.182.201)	Kvinder (n=1.236.344)	Mænd (n=1.182.201)	Kvinder (n=1.236.344)	Mænd n=1.182.201)	Kvinder (n=1.236.344)
Danmark	2593	1329	1 (ref.)	1 (ref.)	1 (ref.)	1 (ref.)
Tyrkiet	2221	693	0.22 (0.75-1.00)	0.59 (0.46-0.75)	2.03 (1.87-2.20)	1.55 (1.33-1.81)
Eksjugoslavien	2485	1347	0.97 (0.83-1.13)	0.96 (0.78-1.17)	1.68 (1.54-1.84)	2.01 (1.79-2.27)
Pakistan	3993	1553	1.35 (1.14-1.59)	0.99 (0.76-1.30)	3.17 (2.90-3.47)	3.38 (2.90-3.93)
Iran	2478	1215	0.80 (0.63-1.03)	0.80 (0.54-1.17)	1.88 (1.65-2.14)	2.04 (1.63-2.57)
Irak	2466	1045	0.85 (0.66-1.08)	0.71 (0.46-1.08)	2.19 (1.92-2.50)	2.26 (1.77-2.88)
Libanon	1865	492	0.79 (0.59-1.04)	0.40 (0.23-0.70)	1.84 (1.55-2.17)	1.25 (0.86-1.79)
Somalia	484	54	0.14 (0.07-0.27)	0.08 (0.03-0.26)	0.55 (0.38-0.79)	0.14 (0.04-0.43)
Marokko	1193	180	0.44 (0.28-0.68)	0.14 (0.04-0.42)	0.94 (0.73-1.19)	0.40 (0.20-0.79)
Vietnam	591	70	0.22 (0.11-0.44)	0.09 (0.02-0.36)	0.41 (0.28-0.60)	0.11 (0.04-0.34)

* justeret for risikotid

** justeret for alder og risikotid

Tabel 5.3.4 Sygehuskontakter - apopleksi

De to første kolonner viser gennemsnitlige heldøgnsindlæggelser og ambulatoriekontakter med a-diagnose apopleksi blandt danskere og 9 etniske minoriteter. De to efterfølgende kolonner viser sandsynligheden for at have en sygehuskontakt, mens de to sidste kolonner viser det relative antal sygehuskontakter for hver af de 9 minoriteter med Danmark som reference. Analyserne er baseret på perioden 2001-2002 og på personer over 15 år (n=2.418.545).

	Gn. sygehuskontakter pr. 100.000 personår*	Gn. sygehuskontakter pr. 100.000 personår*	Sandsynlighed for sygehuskontakt (OR)**	Sandsynlighed for sygehuskontakt (OR)**	Relative antal sygehuskontakter (RR)**	Relative antal sygehuskontakter (RR)**
	Mænd (n=1.182.201)	Kvinder (n=1.236.344)	Mænd (n=1.182.201)	Kvinder (n=1.236.344)	Mænd n=1.182.201)	Kvinder (n=1.236.344)
Danmark	919	817	1 (ref.)	1 (ref.)	1 (ref.)	1 (ref.)
Tyrkiet	295	94	0.22 (0.15-0.33)	0.16 (0.10-0.27)	0.94 (0.75-1.17)	0.43 (0.28-0.66)
Eksjugoslavien	542	457	0.55 (0.41-0.72)	0.48 (0.35-0.65)	1.19 (0.99-1.44)	1.29 (1.05-1.58)
Pakistan	405	296	0.39 (0.26-0.59)	0.28 (0.16-0.48)	1.09 (0.83-1.44)	1.32 (0.93-1.86)
Iran	142	82	0.16 (0.08-0.33)	0.11 (0.04-0.33)	0.36 (0.21-0.63)	0.26 (0.11-0.64)
Irak	241	113	0.37 (0.22-0.62)	0.20 (0.08-0.48)	0.76 (0.50-1.15)	0.49 (0.23-1.03)
Libanon	176	34	0.15 (0.06-0.37)	0.04 (0.01-0.29)	0.61 (0.36-1.06)	0.18 (0.05-0.81)
Somalia	134	18	0.10 (0.04-0.28)	0.03 (0.00-0.21)	0.57 (0.28-1.13)	0.10 (0.01-0.68)
Marokko	75	45	0.06 (0.01-0.41)	0.06 (0.01-0.41)	0.20 (0.08-0.53)	0.20 (0.05-0.81)
Vietnam	284	117	0.11 (0.03-0.43)	0.11 (0.03-0.43)	0.61 (0.35-1.08)	0.33 (0.14-0.80)

* justeret for risikotid

** justeret for alder og risikotid

Tabel 5.3.5 Sygehuskontakter - hjerte-kar-sygdom

De to første kolonner viser gennemsnitlige heldøgnsindlæggelser og ambulatoriekontakter med a-diagnose hjerte-kar-sygdom blandt danskere og 9 etniske minoriteter. De to efterfølgende kolonner viser sandsynligheden for at have en sygehuskontakt, mens de to næste kolonner viser det relative antal sygehuskontakter for hver af de 9 minoriteter med Danmark som reference. De sidste to kolonner viser samme analyse justeret for arbejdsmarkedstilknytning og indkomst. Analyserne er baseret på perioden 2001-2002 og på personer over 15 år (n=2.418.545).

	Gn. sygehus-kontakter pr. 100.000 personår*	Gn. sygehus-kontakter pr. 100.000 personår*	Sandsynlighed for Sygehus-kontakt (OR)**	Sandsynlighed for sygehus-kontakt OR)**	Relative antal Sygehuskon-takter (RR)**	Relative antal Sygehuskon-takter (RR)**	Relative antal sy-gehuskontakter justeret for socio-variable (RR)**	Relative antal sygehuskontak-ter justeret for socio- variable (RR)**
	Mænd (n=1.182.201)	Kvinder (n=1.236.344)	Mænd (n=1.182.201)	Kvinder (n=1.236.344)	Mænd (n=1.182.201)	Kvinder (n=1.236.344)	Mænd (n=1.010.259)	Kvinder (n=1.068.135)
Danmark	9027	6027	1 (ref.)	1 (ref.)	1 (ref.)	1 (ref.)	1 (ref.)	1 (ref.)
Tyrkiet	4457	2249	0.48 (0.42-0.54)	0.41 (0.35-0.47)	1.21 (1.14-1.28)	1.11 (1.02-1.21)	1.04 (0.98-1.10)	0.84 (0.77-0.92)
Eksjugoslavien	6597	5109	0.71 (0.63-0.79)	0.74 (0.65-0.83)	1.31 (1.25-1.38)	1.69 (1.58-1.79)	1.11 (1.05-1.17)	1.32 (1.24-1.40)
Pakistan	7655	3022	0.77 (0.67-0.88)	0.50 (0.41-0.61)	1.80 (1.69-1.92)	1.45 (1.30-1.62)	1.59 (1.49-1.70)	1.07 (0.96-1.20)
Iran	4006	3121	0.45 (0.37-0.54)	0.43 (0.33-0.57)	0.90 (0.81-0.99)	1.16 (1.00-1.34)	0.73 (0.65-0.80)	0.89 (0.77-1.02)
Irak	4635	3907	0.50 (0.41-0.60)	0.51 (0.39-0.66)	1.23 (1.11-1.35)	1.86 (1.64-2.11)	0.88 (0.80-0.97)	1.22 (1.08-1.39)
Libanon	4392	1305	0.48 (0.38-0.59)	0.28 (0.20-0.40)	1.29 (1.16-1.44)	0.73 (0.58-0.91)	0.96 (0.86-1.07)	0.45 (0.36-0.57)
Somalia	1119	416	0.09 (0.06-0.15)	0.11 (0.07-0.18)	0.38 (0.30-0.49)	0.23 (0.16-0.35)	0.26 (0.21-0.34)	0.12 (0.08-0.19)
Marokko	3319	2602	0.37 (0.28-0.49)	0.18 (0.10-0.30)	0.77 (0.67-0.89)	1.27 (1.06-1.53)	0.63 (0.54-0.73)	0.93 (0.77-1.12)
Vietnam	1774	1361	0.22 (0.14-0.33)	0.22 (0.14-0.35)	0.35 (0.29-0.45)	0.46 (0.36-0.60)	0.31 (0.25-0.39)	0.39 (0.30-0.50)

* justeret for risikotid

** justeret for alder og risikotid

Tabel 5.3.6 Hjertemedicin

De to første kolonner viser det gennemsnitlige forbrug af hjertemedicin i definerede døgndoser (DDD) blandt danskere og 9 etniske minoriteter opgjort per personår. De to efterfølgende kolonner viser sandsynligheden for at have et forbrug, og de to sidste kolonner angiver det relative forbrug blandt personer, som har et forbrug for hver af de 9 etniske minoriteter med Danmark som reference. Analyserne er baseret på perioden 2001-2002 og på personer over 15 år (n=2.418.656).

	Gn. medicinforbrug (DDD)*	Gn. medicinforbrug (DDD)*	Sandsynlighed for forbrug (OR)**	Sandsynlighed for forbrug (OR)**	Relative forbrug**	Relative forbrug**
	Mænd (n=1.182.252)	Kvinder (n=1.236.404)	Mænd (n=1.182.252)	Kvinder (n=1.236.404)	Mænd (n=51.377)	Kvinder (n=55.121)
Danmark	9,1	8,6	1 (ref.)	1 (ref.)	1 (ref.)	1 (ref.)
Tyrkiet	3,4	2,4	0.56 (0.50-0.62)	0.39 (0.34-0.44)	0.87 (0.70-1.08)	1.34 (1.02-1.76)
Eksjugoslavien	4,6	4,2	0.81 (0.73-0.90)	0.84 (0.76-0.93)	0.80 (0.65-0.98)	0.90 (0.74-1.10)
Pakistan	5,8	2,7	0.69 (0.60-0.79)	0.36 (0.29-0.44)	1.05 (0.80-1.39)	1.54 (1.03-2.30)
Iran	4,0	4,6	0.56 (0.47-0.67)	0.54 (0.43-0.67)	0.81 (0.57-1.16)	1.37 (0.89-2.12)
Irak	3,4	2,7	0.60 (0.50-0.71)	0.48 (0.38-0.62)	1.01 (0.71-1.45)	1.49 (0.93-2.38)
Libanon	3,1	1,4	0.48 (0.39-0.60)	0.31 (0.23-0.42)	1.46 (0.94-2.27)	1.79 (0.99-3.26)
Somalia	0,4	0,1	0.10 (0.06-0.15)	0.04 (0.02-0.09)	0.66 (0.26-1.67)	1.58 (0.37-6.79)
Marokko	1,3	1,1	0.32 (0.23-0.44)	0.13 (0.08-0.22)	0.76 (0.41-1.43)	1.34 (0.46-3.90)
Vietnam	1,3	1,1	0.25 (0.17-0.38)	0.25 (0.17-0.37)	0.48 (0.22-1.04)	0.59 (0.27-1.28)

* justeret for risikotid

** justeret for alder og risikotid

Tabel 5.3.7 Antihypertensiv medicin

De to første kolonner viser det gennemsnitlige forbrug af antihypertensiv medicin i definerede døgn doser (DDD) blandt danskere og 9 etniske minoriteter opgjort per personår. De to efterfølgende kolonner viser sandsynligheden for at have et forbrug, og de to sidste kolonner angiver det relative forbrug blandt personer, som har et forbrug for hver af de 9 etniske minoriteter med Danmark som reference. Analyserne er baseret på perioden 2001-2002 og på personer over 15 år (n=2.418.656).

	Gn. medicinforbrug (DDD) *	Gn. Medicinforbrug (DDD) *	Sandsynlighed for forbrug (OR) **	Sandsynlighed for forbrug (OR) **	Relative forbrug**	Relative forbrug**
	Mænd (n=1.182.252)	Kvinder (n=1.236.404)	Mænd (n=1.182.252)	Kvinder (n=1.236.404)	Mænd (n=157.148)	Kvinder (n=188.244)
Danmark	55,7	53,1	1 (ref.)	1 (ref.)	1 (ref.)	1 (ref.)
Tyrkiet	19,0	17,0	0.41 (0.38-0.44)	0.48 (0.45-0.51)	0.62 (0.56-0.68)	0.54 (0.50-0.59)
Eksjugoslavien	33,9	38,6	0.72 (0.67-0.77)	0.80 (0.75-0.84)	0.74 (0.69-0.80)	0.86 (0.80-0.93)
Pakistan	29,9	21,6	0.66 (0.61-0.72)	0.49 (0.45-0.54)	0.72 (0.65-0.80)	0.81 (0.72-0.92)
Iran	11,4	19,7	0.41 (0.36-0.46)	0.52 (0.46-0.59)	0.35 (0.30-0.41)	0.47 (0.40-0.56)
Irak	20,8	15,1	0.49 (0.44-0.55)	0.48 (0.42-0.54)	0.58 (0.50-0.66)	0.47 (0.40-0.56)
Libanon	17,9	11,7	0.38 (0.33-0.43)	0.36 (0.31-0.42)	0.65 (0.54-0.77)	0.45 (0.37-0.55)
Somalia	10,3	4,9	0.18 (0.15-0.23)	0.16 (0.13-0.20)	0.58 (0.45-0.75)	0.33 (0.25-0.44)
Marokko	15,2	12,7	0.33 (0.27-0.39)	0.31 (0.26-0.37)	0.73 (0.59-0.91)	0.68 (0.53-0.87)
Vietnam	15,6	17,9	0.34 (0.28-0.41)	0.38 (0.32-0.45)	0.65 (0.51-0.83)	0.75 (0.60-0.94)

* justeret for risikotid

** justeret for alder og risikotid

Tabel 5.3.8 Diuretica

De to første kolonner viser det gennemsnitlige forbrug af diuretica i definerede døgn doser (DDD) blandt danskere og 9 etniske minoriteter opgjort per personår. De to efterfølgende kolonner viser sandsynligheden for at have et forbrug blandt personer, som har et forbrug, og de to sidste kolonner angiver det relative forbrug for hver af de 9 etniske minoriteter med Danmark som reference. Analyserne er baseret på perioden 2001-2002 og på personer over 15 år (n=2.418.656).

	Gn. medicinforbrug (DDD)*	Gn. medicinforbrug (DDD)*	Sandsynlighed for forbrug (OR)**	Sandsynlighed for forbrug (OR)**	Relative forbrug**	Relative forbrug**
	Mænd (n=1.182.252)	Kvinder (n=1.236.404)	Mænd (n=1.182.252)	Kvinder (n=1.236.404)	Mænd (n=103.624)	Kvinder (n=197.622)
Danmark	35,2	58,1	1 (ref.)	1 (ref.)	1 (ref.)	1 (ref.)
Tyrkiet	1,0	12,5	0.27 (0.24-0.30)	0.33 (0.31-0.36)	0.87 (0.77-0.99)	0.68 (0.62-0.74)
Eksjugoslavien	15,4	24,6	0.52 (0.48-0.57)	0.58 (0.54-0.62)	0.81 (0.73-0.89)	0.76 (0.71-0.81)
Pakistan	16,1	13,0	0.36 (0.31-0.41)	0.30 (0.27-0.34)	0.99 (0.85-1.15)	0.77 (0.68-0.88)
Iran	6,5	14,8	0.18 (0.14-0.22)	0.28 (0.24-0.33)	0.74 (0.58-0.95)	0.69 (0.58-0.82)
Irak	6,5	9,7	0.26 (0.21-0.31)	0.23 (0.20-0.28)	0.74 (0.60-0.92)	0.64 (0.53-0.77)
Libanon	8,6	11,2	0.26 (0.21-0.32)	0.19 (0.15-0.23)	0.81 (0.64-1.02)	0.79 (0.64-0.97)
Somalia	5,8	3,5	0.11 (0.09-0.15)	0.11 (0.09-1.14)	0.86 (0.62-1.19)	0.45 (0.34-0.58)
Marokko	11,4	8,5	0.20 (0.15-0.26)	0.17 (0.13-0.21)	1.14 (0.83-1.55)	0.62 (0.48-0.81)
Vietnam	6,1	14,6	0.20 (0.15-0.28)	0.18 (0.15-0.23)	0.85 (0.60-1.20)	1.08 (0.84-1.39)

* justeret for risikotid

** justeret for alder og risikotid

Tabel 5.3.9 Kolesterol-sænkende medicin

De to første kolonner viser det gennemsnitlige forbrug af kolesterol-sænkende medicin i definerede døgndoser (DDD) blandt danskere og 9 etniske minoriteter opgjort per personår. De to efterfølgende kolonner viser sandsynligheden for at have et forbrug, og de to sidste kolonner angiver det relative forbrug blandt personer, som har et forbrug for hver af de 9 etniske minoriteter med Danmark som reference. Analyserne er baseret på perioden 2001-2002 og på personer over 15 år (n=2.418.656).

	Gn. medicinforbrug (DDD)*	Gn. medicinforbrug (DDD)*	Sandsynlighed for forbrug (OR)**	Sandsynlighed for forbrug (OR)**	Relative forbrug**	Relative forbrug**
	Mænd (n=1.182.252)	Kvinder (n=1.236.404)	Mænd (n=1.182.252)	Kvinder (n=1.236.404)	Mænd (n=43.501)	Kvinder (n=34.680)
Danmark	12,8	9,2	1 (ref.)	1 (ref.)	1 (ref.)	1 (ref.)
Tyrkiet	6,4	2,1	0.55 (0.49-0.62)	0.36 (0.30-0.43)	0.83 (0.74-0.94)	0.54 (0.44-0.65)
Eksjugoslavien	9,9	6,5	0.86 (0.77-0.96)	0.83 (0.73-0.94)	0.82 (0.73-0.91)	0.80 (0.70-0.92)
Pakistan	12,2	4,9	1.09 (0.96-1.24)	0.66 (0.54-0.80)	0.79 (0.70-0.89)	0.76 (0.62-0.94)
Iran	8,2	4,4	0.63 (0.52-0.76)	0.54 (0.40-0.71)	0.78 (0.64-0.94)	0.72 (0.53-0.97)
Irak	8,2	3,3	0.58 (0.48-0.71)	0.42 (0.30-0.57)	0.92 (0.76-1.13)	0.81 (0.57-1.14)
Libanon	5,8	1,8	0.53 (0.42-0.66)	0.33 (0.23-0.48)	0.78 (0.62-0.99)	0.56 (0.38-0.83)
Somalia	0,5	0,3	0.07 (0.04-0.14)	0.05 (0.02-0.13)	0.45 (0.23-0.88)	0.96 (0.33-2.77)
Marokko	3,9	2,4	0.37 (0.27-0.51)	0.29 (0.18-0.45)	0.67 (0.49-0.92)	0.65 (0.40-1.06)
Vietnam	6,2	2,6	0.35 (0.24-0.51)	0.41 (0.28-0.61)	0.96 (0.66-1.39)	0.51 (0.33-0.77)

* justeret for risikotid

** justeret for alder og risikotid

Tabel 5.3.10 Antihypertensiv medicin, diuretica og hjertemedicin

De to første kolonner viser det gennemsnitlige forbrug af antihypertensiv medicin, diuretica samt hjertemedicin i definerede døgn doser (DDD) blandt danskere og 9 etniske minoriteter opgjort per personår. De to efterfølgende kolonner viser sandsynligheden for at have et forbrug, og de to sidste kolonner angiver det relative forbrug blandt personer, som har et forbrug for hver af de 9 etniske minoriteter med Danmark som reference. Analyserne er baseret på perioden 2001-2002 og på personer over 15 år (n=2.418.656).

	Gn. medicinforbrug (DDD)*	Gn. medicinforbrug (DDD)*	Sandsynlighed for forbrug (OR)**	Sandsynlighed for forbrug (OR)**	Relative forbrug**	Relative forbrug**
	Mænd (n=1.182.252)	Kvinder (n=1.236.404)	Mænd (n=1.182.252)	Kvinder (n=1.236.404)	Mænd (n=43.501)	Kvinder (n=34.680)
Danmark	100,0	119,7	1 (ref.)	1 (ref.)	1 (ref.)	1 (ref.)
Tyrkiet	32,8	31,9	0.38 (0.36-0.41)	0.43 (0.40-0.45)	0.60 (0.55-0.66)	0.60 (0.56-0.65)
Eksjugoslavien	53,8	67,3	0.67 (0.63-0.71)	0.69 (0.66-0.73)	0.73 (0.67-0.79)	0.81 (0.75-0.86)
Pakistan	51,8	37,2	0.57 (0.52-0.61)	0.40 (0.37-0.44)	0.77 (0.68-0.86)	0.78 (0.69-0.87)
Iran	21,9	39,1	0.37 (0.33-0.41)	0.43 (0.38-0.48)	0.36 (0.31-0.42)	0.53 (0.46-0.62)
Irak	30,8	27,4	0.45 (0.41-0.50)	0.37 (0.33-0.41)	0.57 (0.49-0.66)	0.49 (0.42-0.57)
Libanon	29,6	24,4	0.26 (0.32-0.41)	0.31 (0.27-0.35)	0.69 (0.57-0.83)	0.50 (0.42-0.59)
Somalia	16,4	8,6	0.15 (0.13-0.18)	0.14 (0.12-0.17)	0.66 (0.50-0.86)	0.37 (0.29-0.47)
Marokko	27,9	22,3	0.29 (0.24-0.34)	0.26 (0.22-0.30)	0.78 (0.61-0.99)	0.61 (0.49-0.76)
Vietnam	23,1	33,6	0.30 (0.25-0.36)	0.27 (0.23-0.32)	0.67 (0.52-0.88)	0.79 (0.64-0.98)

* justeret for risikotid

** justeret for alder og risikotid

5.4 Type 2 diabetes

Sygehuskontakt – type 2 diabetes

Det gennemsnitlige antal sygehuskontakter er højest blandt pakistanske mænd og irakiske kvinder, mens det er lavest blandt danske mænd og kvinder (tabel 5.4.1). Når der justeres for aldersforskelle, har alle etniske minoriteter større sandsynlighed for sygehuskontakt sammenlignet med danskere.

Ses der på de relative sygehuskontakter, har samtlige etniske minoriteter signifikant flere sygehuskontakter end danskere.

Der er en klar kønsforskel i sygehuskontakter mellem danskere og etniske minoriteter, idet danske kvinder har signifikant færre kontakter end mænd, mens det omvendte er tilfældet for tyrkere, eksjugoslavere, pakistanere, libanesere, irakere, somaliere samt marokkanere. Der er ingen kønsforskel blandt vietnamesere og iranere (bilag 1, side 67).

Når der justeres for sociale forskelle mellem de etniske grupper, udvises forskellene mellem danskere og etniske minoriteter til en vis grad (tabel 5.4.1). Vietnamesiske mænd og kvinder har nu ikke længere signifikant flere kontakter end danskere. De øvrige etniske minoriteter har fortsat signifikant flere sygehuskontakter end danskere, men forskellene er knap så udtalte.

Medicin mod diabetes

Både blandt mænd og kvinder er det gennemsnitlige forbrug højest blandt pakistanere og lavest blandt somaliere (tabel 5.4.2). Når der justeres for aldersforskelle, har mænd fra Tyrkiet, Eksjugoslavien, Pakistan, Irak og Marokko en større sandsynlighed for at have et forbrug end danskere, mens vietnamesere og somaliere ikke adskiller sig signifikant. Iranske mænd har en signifikant mindre sandsynlighed for at have et forbrug end danske mænd. Blandt kvinder har tyrkere, eksjugoslavere, pakistanere samt irakere en større sandsynlighed for at have et forbrug end danskere, mens libanesere, iranere og vietnamesere ikke adskiller sig signifikant. Somaliske kvinder har en signifikant mindre sandsynlighed for at have et forbrug end danske kvinder. Blandt personer med et forbrug, er der blandt mænd et signifikant lavere forbrug blandt alle etniske minoriteter undtagen marokkanere og vietnamesere, som ikke adskiller sig signifikant fra danske mænd. Blandt kvinder er der ligeledes et signifikant lavere forbrug blandt alle etniske minoriteter med undtagelse af libanesere, marokkanere og vietnamesere, som ikke afviger signifikant fra danske kvinder.

Resumé

Etniske minoriteter har større sandsynlighed for sygehuskontakt og relativt flere sygehuskontakter end etniske danskere, og mens der er flere mænd end kvinder med sygehuskontakt blandt danskere, er det omvendte tilfældet blandt de etniske minoriteter. Det relative medicinforbrug blandt de etniske minoriteter er, sammenlignet med etniske danskere, ikke så højt som det kunne forventes, set i lyset af de mange sygehuskontakter.

Tabel 5.4.1 Sygehuskontakter - type 2 diabetes

De to første kolonner viser gennemsnitlige heldøgnsindlæggelser og ambulatoriekontakter med a-diagnose type 2 diabetes blandt danskere og 9 etniske minoriteter. De to efterfølgende kolonner viser sandsynligheden for at have en sygehuskontakt, mens de to næste kolonner viser det relative antal sygehuskontakter for hver af de 9 minoriteter med Danmark som reference. De sidste to kolonner viser samme analyse justeret for arbejdsmarkedstilknytning og indkomst. Analyserne er baseret på perioden 2001-2002 og på personer over 15 år (n=2.418.545).

	Gn. sygehuskontakter per 100.000 personår*	Gn. sygehuskontakter per 100.000 personår*	Sandsynlighed for sygehuskontakt (OR)**	Sandsynlighed for sygehuskontakt (OR)**	Relative antal sygehuskontakter (RR)**	Relative antal sygehuskontakter (RR)**	Relative antal sygehuskontakter justeret for socio-variable (RR)**	Relative antal sygehuskontakter justeret for socio-variable (RR)**
	Mænd (n=1.182.201)	Kvinder (n=1.236.344)	Mænd (n=1.182.201)	Kvinder (n=1.236.344)	Mænd (n=1.182.201)	Kvinder (n=1.236.344)	Mænd (n=1.123.152)	Kvinder (n=1.138.852)
Danmark	1255	1061	1 (ref.)	1 (ref.)	1 (ref.)	1 (ref.)	1 (ref.)	1 (ref.)
Tyrkiet	1968	3973	1.29 (1.05-1.60)	3.41 (2.92-3.98)	3.08 (2.82-3.37)	5.58 (5.22-5.96)	2.64 (2.40-2.91)	3.76 (3.45-4.11)
Eksjugoslavien	1847	2425	1.50 (1.21-1.87)	2.44 (2.01-2.96)	2.28 (2.06-2.52)	2.93 (2.68-3.20)	1.96 (1.75-2.21)	2.04 (1.83-2.28)
Pakistan	3750	4751	3.17 (2.62-3.83)	4.71 (3.90-5.71)	5.26 (4.79-5.76)	6.57 (6.02-7.18)	4.92 (4.46-5.43)	5.13 (4.64-5.66)
Iran	1910	1626	1.27 (0.90-1.79)	1.77 (1.18-2.64)	2.54 (2.19-2.95)	2.06 (1.69-2.50)	1.77 (1.45-2.17)	1.53 (1.21-1.93)
Irak	2345	5611	1.78 (1.32-2.39)	3.84 (2.91-5.08)	3.54 (3.09-4.05)	7.79 (7.00-8.66)	2.71 (2.32-3.16)	4.66 (4.10-5.29)
Libanon	1933	5067	1.85 (1.34-2.56)	3.14 (2.30-4.30)	3.20 (2.71-3.77)	7.44 (6.64-8.35)	2.16 (1.75-2.67)	3.98 (3.47-4.56)
Somalia	3374	4374	1.84 (1.32-2.56)	2.81 (2.04-3.88)	6.21 (5.40-7.14)	6.46 (5.69-7.33)	5.06 (4.31-5.94)	3.07 (2.58-3.66)
Marokko	1902	3388	1.71 (1.15-2.54)	3.83 (2.75-5.32)	2.61 (2.15-3.18)	4.71 (4.01-5.53)	2.42 (1.98-2.97)	3.40 (2.81-4.12)
Vietnam	1561	2088	1.29 (0.78-2.15)	2.36 (1.55-3.60)	2.01 (1.58-2.55)	2.63 (2.14-3.24)	1.34 (0.92-1.95)	0.92 (0.63-1.35)

* justeret for risikotid

** justeret for alder og risikotid

Tabel 5.4.2 Medicin mod diabetes

De to første kolonner viser det gennemsnitlige forbrug af medicin mod diabetes i definerede døgndoser (DDD) blandt danskere og 9 etniske minoriteter opgjort per personår. De to efterfølgende kolonner viser sandsynligheden for at have et forbrug, og de to sidste kolonner angiver det relative forbrug blandt personer, som har et forbrug for hver af de 9 etniske minoriteter med Danmark som reference. Analyserne er baseret på perioden 2001-2002 og på personer over 15 år (n=2.418.656).

	Gn. medicinforbrug (DDD) *	Gn. medicinforbrug (DDD) *	Sandsynlighed for forbrug (OR) **	Sandsynlighed for forbrug (OR) **	Relative forbrug**	Relative forbrug**
	Mænd (n=1.182.252)	Kvinder (n=1.236.404)	Mænd (n=1.182.252)	Kvinder (n=1.236.404)	Mænd (n=36.033)	Kvinder (n=29.456)
Danmark	11,7	8,8	1 (ref.)	1 (ref.)	1 (ref.)	1 (ref.)
Tyrkiet	12,5	16,9	1.15 (1.04-1.26)	1.91 (1.74-2.09)	0.77 (0.69-0.84)	0.85 (0.78-0.94)
Eksjugoslavien	14,6	15,3	1.26 (1.14-1.39)	1.74 (1.57-1.92)	0.89 (0.80-0.99)	0.86 (0.78-0.96)
Pakistan	28,0	27,7	2.59 (2.35-2.84)	3.19 (2.88-3.54)	0.76 (0.69-0.84)	0.80 (0.72-0.89)
Iran	8,5	9,3	0.82 (0.69-0.99)	1.06 (0.85-1.33)	0.69 (0.57-0.83)	0.72 (0.57-0.91)
Irak	13,8	14,5	1.29 (1.11-1.50)	1.74 (1.45-2.08)	0.70 (0.60-0.81)	0.83 (0.69-0.99)
Libanon	12,2	10,9	1.15 (0.96-1.37)	1.19 (0.95-1.48)	0.69 (0.57-0.82)	0.89 (0.77-1.11)
Somalia	7,3	4,3	0.88 (0.72-1.09)	0.73 (0.55-0.95)	0.53 (0.43-0.66)	0.50 (0.38-0.66)
Marokko	21,1	20,7	1.85 (1.56-2.18)	2.10 (1.73-2.56)	0.87 (0.73-1.03)	1.06 (0.86-1.29)
Vietnam	8,1	10,4	0.77 (0.58-1.02)	1.19 (0.92-1.54)	1.00 (0.75-1.34)	0.99 (0.75-1.29)

* justeret for risikotid

** justeret for alder og risikotid

5.5 Forebyggelig kræftsygdom

Sygehuskontakter – forebyggelig kræftform

For både mænd og kvinder er det gennemsnitlige antal sygehuskontakter højest blandt danskere og lavest blandt somaliske kvinder og marokkanske mænd (tabel 5.5.1). Når der justeres for aldersforskelle, har alle etniske minoriteter mindre sandsynlighed for sygehuskontakt sammenlignet med danskere. Ses der på det relative antal sygehuskontakter, ses der signifikant færre sygehuskontakter blandt mænd fra de etniske minoriteter sammenlignet med danskere, med undtagelse af eksjugoslaviske mænd, som har signifikant flere kontakter. Sammenlignet med danske kvinder ses der signifikant færre sygehuskontakter blandt de etniske minoriteter, bortset for vietnamesiske kvinder, som har signifikant flere kontakter. Eksjugoslaviske mænd og vietnamesiske kvinder har således mindre sandsynlighed for kontakt, men har relativt flere sygehuskontakter end danske mænd og kvinder.

Det er valgt ikke at sammenligne sygehuskontakter for mænd med kvinder, idet nogle af de valgte diagnosekoder for forebyggelig kræftsygdom er kønsspecifikke (prostatakræft, livmoderhalskræft og brystkræft).

Resumé

Det generelle billede viser, at etniske minoriteter har færre sygehuskontakter end danskere.

Tabel 5.5.1 Sygehuskontakter - forebyggelig kræftsygdom

De to første kolonner viser gennemsnitlige heldøgnsindlæggelser og ambulatoriekontakter med a-diagnose for forebyggelig kræftform blandt danskere og 9 etniske minoriteter. De to efterfølgende kolonner viser sandsynligheden for at have en sygehuskontakt, mens de to sidste kolonner viser det relative antal sygehuskontakter for hver af de 9 minoriteter med Danmark som reference. Analyserne er baseret på perioden 2001-2002 og på personer over 15 år (n=2.418.545).

	Gn. sygehuskontakter pr. 100.000 personår*	Gn. sygehuskontakter pr. 100.000 personår*	Sandsynlighed for sygehuskontakt (OR)**	Sandsynlighed for sygehuskontakt (OR)**	Relative antal sygehuskontakter (RR)**	Relative antal sygehuskontakter (RR)**
	Mænd (n=1.182.201)	Kvinder (n=1.236.344)	Mænd (n=1.182.201)	Kvinder (n=1.236.344)	Mænd (n=1.182.201)	Kvinder (n=1.236.344)
Danmark	4274	5526	1 (ref.)	1 (ref.)	1 (ref.)	1 (ref.)
Tyrkiet	1211	1458	0.20 (0.14-0.29)	0.16 (0.10-0.23)	0.73 (0.65-0.82)	0.49 (0.44-0.54)
Eksjugoslavien	2955	3062	0.49 (0.38-0.63)	0.47 (0.37-0.60)	1.29 (1.19-1.39)	0.81 (0.75-0.88)
Pakistan	656	4599	0.11 (0.06-0.20)	0.11 (0.06-0.21)	0.34 (0.27-0.42)	0.12 (0.09-0.17)
Iran	458	2447	0.14 (0.08-0.27)	0.25 (0.14-0.44)	0.23 (0.17-0.31)	0.70 (0.59-0.82)
Irak	953	1592	0.21 (0.12-0.37)	0.25 (0.14-0.44)	0.56 (0.46-0.70)	0.52 (0.43-0.64)
Libanon	257	475	0.09 (0.03-0.23)	0.12 (0.05-0.29)	0.17 (0.11-0.26)	0.17 (0.12-0.25)
Somalia	234	759	0.06 (0.03-0.15)	0.03 (0.01-0.13)	0.18 (0.11-0.31)	0.27 (0.20-0.37)
Marokko	1249	449	0.21 (0.10-0.43)	0.21 (0.09-0.46)	0.64 (0.51-0.82)	0.15 (0.10-0.23)
Vietnam	520	4599	0.25 (0.12-0.53)	0.41 (0.24-0.72)	0.23 (0.15-0.35)	1.29 (1.12-1.48)

* justeret for risikotid

** justeret for alder og risikotid

5.6 Kronisk lungesygdom (KOL og astma)

Sygehuskontakter - KOL

Det gennemsnitlige antal sygehuskontakter er højest blandt danske mænd og kvinder og lavest blandt marokkanske mænd og vietnamesiske kvinder (tabel 5.6.1). Når der justeres for aldersforskelle, har samtlige etniske minoriteter signifikant mindre sandsynlighed for sygehuskontakt sammenlignet med danskere. Ses der på de relative sygehuskontakter, ses der signifikant flere kontakter blandt mænd fra Tyrkiet, Eksjugoslavien, Somalia, Irak og Pakistan sammenlignet med danske mænd, mens mænd fra Libanon, Iran og Vietnam ikke afviger signifikant. Mænd fra Marokko har signifikant færre sygehuskontakter end danske mænd. Sammenlignet med danske kvinder ses der signifikant færre sygehuskontakter blandt kvinder fra Eksjugoslavien, Irak, Iran, Marokko og Vietnam, mens kvinder fra Tyrkiet, Libanon samt Somalia ikke afviger signifikant. Kun pakistanske kvinder har signifikant flere sygehuskontakter end danske kvinder. Tyrkiske, eksjugoslaviske, pakistanske, irakiske og somaliske mænd har således mindre sandsynlighed for kontakt, men har relativt flere sygehuskontakter end danske mænd. Samme mønster ses for pakistanske kvinder.

Mænd har generelt signifikant flere sygehuskontakter end kvinder i alle etniske grupper, dog med undtagelse af Pakistan, hvor det omvendte mønster gør sig gældende, samt Marokko, hvor der ikke er signifikant kønsforskel (bilag 1, side 67).

Sygehuskontakter - astma

Blandt mænd har pakistanerne det højeste gennemsnitlige antal kontakter, mens det laveste findes blandt eksjugoslaverne (tabel 5.6.2). For kvinder er det gennemsnitlige antal kontakter højest blandt irakere og lavest blandt somaliere. Når der justeres for aldersforskelle, har mænd fra Tyrkiet, Pakistan, Libanon, Irak, Iran Marokko og Vietnam signifikant større sandsynlighed for kontakt sammenlignet med danskere. Kvinder fra Tyrkiet, Pakistan, Libanon, Irak, Iran og Marokko har ligeledes større sandsynlighed for kontakt end danskere, mens kvinder og mænd har de øvrige etniske minoriteter ikke afviger signifikant fra danskere. Ses der på det relative antal sygehuskontakter, har mænd fra Pakistan, Libanon, Irak, Iran, Marokko samt Vietnam signifikant flere kontakter blandt sammenlignet med danske mænd, mens mænd fra Tyrkiet, Eksjugoslavien og Somalia ikke afviger signifikant. Sammenlignet med danske kvinder ses der signifikant flere sygehuskontakter blandt kvinder fra Tyrkiet, Pakistan, Libanon, Irak, Iran og Marokko, mens kvinder fra Somalia, Vietnam og Eksjugoslavien ikke afviger signifikant.

Mænd fra Danmark, Tyrkiet, Eksjugoslavien, Irak og Marokko har signifikant flere sygehuskontakter end kvinder, mens der ikke er signifikant kønsforskel blandt libanesere, somaliere og iranere (bilag 1, side 67). Derimod har mænd fra Vietnam og Pakistan signifikant færre sygehuskontakter end kvinder.

Medicin mod kronisk lungesygdom

Det er ikke muligt at skelne mellem medicin til behandling af KOL-patienter eller astma-patienter, hvorfor de to kroniske lungesygdomme betragtes under ét i dette afsnit.

Det gennemsnitlige forbrug er højest blandt danskere for både mænd og kvinder, mens det laveste forbrug findes blandt vietnamesiske mænd og somaliske kvinder (tabel 5.6.3). Når der justeres for aldersforskelle, har mænd fra Tyrkiet, Eksjugoslavien, Irak, Somalia, Iran og Marokko en signifikant mindre sandsynlighed for at have et forbrug end danske mænd, bortset fra pakistanere, som har signifikant større sandsynlighed for et forbrug. Libanesiske og Vietnamesiske mænd adskiller sig ikke signifikant fra danske mænd. Sammenlignet med danske kvinder har alle etniske minoriteter mindre sandsynlighed for at have et forbrug, med undtagelse af pakistanske kvinder, som ikke afviger signifikant fra danske kvinder. Blandt personer, der har et forbrug, er der blandt både mænd og kvinder et signifikant lavere forbrug blandt alle etniske minoriteter sammenlignet med danskere, bortset fra marokkanske kvinder, der ikke afviger signifikant fra danske kvinder.

Resumé

Det generelle billede viser mindre sandsynlighed for sygehuskontakter på grund af KOL blandt mænd og kvinder fra de etniske minoriteter sammenlignet med danskere. Imidlertid er det relative antal sygehuskontakter blandt mænd fra de etniske minoriteter større end for danske mænd, mens billedet er lidt mere varieret for kvinder. Bemærkelsesværdigt er det, at pakistanske kvinder har signifikant flere sygehuskontakter sammenlignet med danske kvinder. Hvad angår astma er tendensen, at de etniske minoriteter har større sandsynlighed for kontakt og relativt flere sygehuskontakter end danskere. De etniske minoriteter har med undtagelse af pakistanere signifikant mindre sandsynlighed for have et medicinforbrug sammenlignet med danskere, og det relative forbrug er ligeledes signifikant lavere blandt de etniske minoriteter.

Tabel 5.6.1 Sygehuskontakter – kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL)

De to første kolonner viser gennemsnitlige heldøgnsindlæggelser og ambulatoriekontakter med a-diagnosen KOL blandt danskere og 9 etniske minoriteter. De to efterfølgende kolonner viser sandsynligheden for at have en sygehuskontakt, mens de to sidste kolonner viser det relative antal sygehuskontakter for hver af de 9 minoriteter med Danmark som reference. Analyserne er baseret på perioden 2001-2002 og på personer over 15 år (n=2.418.545).

	Gn. sygehuskontakter pr. 100.000 personer*	Gn. sygehuskontakter pr. 100.000 personer*	Sandsynlighed for Sygehuskontakt (OR)**	Sandsynlighed for sygehuskontakt (OR)**	Relative antal Sygehuskontakter (RR)**	Relative antal sygehuskontakter (RR)**
	Mænd (n=1.182.201)	Kvinder (n=1.236.344)	Mænd (n=1.182.201)	Kvinder (n=1.236.344)	Mænd (n=1.182.201)	Kvinder (n=1.236.344)
Danmark	1711	1849	1 (ref.)	1 (ref.)	1 (ref.)	1 (ref.)
Tyrkiet	1231	684	0.64 (0.53-0.76)	0.50 (0.40-0.61)	2.06 (1.84-2.30)	1.07 (0.92-1.25)
Eksjugoslavien	1132	696	0.62 (0.51-0.76)	0.46 (0.37-0.59)	1.32 (1.16-1.50)	0.74 (0.62-0.87)
Pakistan	1126	1331	0.74 (0.59-0.94)	0.42 (0.30-0.58)	1.60 (1.36-1.89)	2.03 (1.72-2.39)
Iran	699	509	0.48 (0.34-0.67)	0.31 (0.19-0.50)	0.95 (0.74-1.21)	0.60 (0.43-0.86)
Irak	986	450	0.57 (0.41-0.78)	0.42 (0.27-0.66)	1.63 (1.32-2.00)	0.68 (0.47-0.99)
Libanon	689	559	0.54 (0.37-0.78)	0.35 (0.21-0.57)	1.27 (0.96-1.67)	0.99 (0.70-1.39)
Somalia	1319	705	0.51 (0.36-0.71)	0.36 (0.23-0.55)	2.93 (2.35-3.65)	1.26 (0.92-1.72)
Marokko	392	381	0.27 (0.15-0.50)	0.36 (0.21-0.64)	0.55 (0.36-0.85)	0.59 (0.37-0.95)
Vietnam	804	352	0.47 (0.28-0.78)	0.29 (0.16-0.53)	0.92 (0.66-1.29)	0.39 (0.23-0.64)

* ju-

steret for risikotid

** justeret for alder og risikotid

Tabel 5.6.2 Sygehuskontakter - astma

De to første kolonner viser gennemsnitlige heldøgnsindlæggelser og ambulatoriekontakter med a-diagnosen astma blandt danskere og 9 etniske minoriteter. De to efterfølgende kolonner viser sandsynligheden for at have en sygehuskontakt, mens de to sidste kolonner viser det relative antal sygehuskontakter for hver af de 9 minoriteter med Danmark som reference. Analyserne er baseret på perioden 2001-2002 og på personer over 15 år (n=2.418.545).

	Gn. sygehuskontakter pr. 100.000 personer*	Gn. sygehuskontakter pr. 100.000 personer*	Sandsynlighed for sygehuskontakt (OR)**	Sandsynlighed for sygehuskontakt (OR)**	Relative antal sygehuskontakter (RR)**	Relative antal sygehuskontakter (RR)**
	Mænd (n=1.182.201)	Kvinder (n=1.236.344)	Mænd (n=1.182.201)	Kvinder (n=1.236.344)	Mænd (n=1.182.201)	Kvinder (n=1.236.344)
Danmark	322	435	1 (ref.)	1 (ref.)	1 (ref.)	1 (ref.)
Tyrkiet	349	783	1.36 (1.01-1.83)	1.79 (1.42-2.26)	1.04 (0.84-1.28)	1.60 (1.38-1.85)
Eksjugoslavien	278	507	0.86 (0.57-1.29)	1.04 (0.75-1.44)	0.84 (0.65-1.09)	1.08 (0.89-1.32)
Pakistan	1061	703	3.59 (2.76-4.67)	2.03 (1.48-2.80)	3.18 (2.67-3.78)	1.44 (1.15-1.80)
Iran	568	739	1.60 (1.02-2.52)	1.90 (1.22-2.95)	1.72 (1.31-2.26)	1.56 (1.16-2.09)
Irak	833	1479	2.13 (1.44-3.16)	2.62 (1.80-3.81)	2.50 (1.99-3.13)	3.03 (2.47-3.72)
Libanon	730	932	1.68 (1.03-2.75)	1.67 (1.04-2.69)	2.17 (1.66-2.84)	1.88 (1.44-2.45)
Somalia	418	271	1.25 (0.67-2.34)	0.92 (0.48-1.77)	1.23 (0.83-1.83)	0.55 (0.33-0.91)
Marokko	615	1054	2.76 (1.75-4.34)	2.88 (1.89-4.39)	1.85 (1.32-2.61)	2.16 (1.62-2.88)
Vietnam	733	282	2.39 (1.38-4.13)	0.41 (0.13-1.26)	2.20 (1.55-3.13)	0.59 (0.33-1.04)

* justeret for risikotid

** justeret for alder og risikotid

Tabel 5.6.3 Medicin mod lungesygd

De to første kolonner viser det gennemsnitlige forbrug af medicin mod lungesygd i definerede døgndoser (DDD) blandt danskere og 9 etniske minoriteter opgjort per personår. De to efterfølgende kolonner viser sandsynligheden for at have et forbrug, og de to sidste kolonner angiver det relative forbrug blandt personer, som har et forbrug for hver af de 9 etniske minoriteter med Danmark som reference. Analyserne er baseret på perioden 2001-2002 og på personer over 15 år (n=2.418.656).

	Gn. medicinforbrug (DDD)*	Gn. medicinforbrug (DDD)*	Sandsynlighed for forbrug (OR)**	Sandsynlighed for forbrug (OR)**	Relative forbrug**	Relative forbrug**
	Mænd (n=1.182.252)	Kvinder (n=1.236.404)	Mænd (n=1.182.252)	Kvinder (n=1.236.404)	Mænd (n=90.230)	Kvinder (n=125.652)
Danmark	23,5	28,7	1 (ref.)	1 (ref.)	1 (ref.)	1 (ref.)
Tyrkiet	10,6	10,1	<i>0.75 (0.69-0.80)</i>	<i>0.86 (0.81-0.92)</i>	<i>0.68 (0.61-0.76)</i>	<i>0.60 (0.55-0.56)</i>
Eksjugoslavien	7,8	8,2	<i>0.51 (0.46-0.56)</i>	<i>0.54 (0.50-0.54)</i>	<i>0.69 (0.59-0.79)</i>	<i>0.60 (0.53-0.68)</i>
Pakistan	16,5	11,4	<i>1.13 (1.13-1.34)</i>	1.00 (0.92-1.09)	<i>0.77 (0.68-0.88)</i>	<i>0.64 (0.56-0.72)</i>
Iran	10,6	10,7	<i>0.83 (0.73-0.93)</i>	<i>0.75 (0.65-0.85)</i>	<i>0.65 (0.54-0.77)</i>	<i>0.65 (0.53-0.79)</i>
Irak	9,5	6,8	<i>0.81 (0.72-0.91)</i>	<i>0.78 (0.69-0.89)</i>	<i>0.64 (0.53-0.76)</i>	<i>0.62 (0.52-0.76)</i>
Libanon	9,8	8,8	0.93 (0.82-1.05)	<i>0.83 (0.73-0.94)</i>	<i>0.68 (0.57-0.82)</i>	<i>0.70 (0.58-0.85)</i>
Somalia	4,5	5,2	<i>0.57 (0.49-0.67)</i>	<i>0.69 (0.60-0.79)</i>	<i>0.59 (0.47-0.76)</i>	<i>0.53 (0.43-0.65)</i>
Marokko	8,0	10,9	<i>0.83 (0.71-0.97)</i>	<i>0.71 (0.61-0.83)</i>	<i>0.56 (0.45-0.70)</i>	0.88 (0.70-1.12)
Vietnam	1,2	6,9	0.99 (0.84-1.16)	<i>0.69 (0.59-0.81)</i>	<i>0.65 (0.52-0.83)</i>	<i>0.62 (0.49-0.79)</i>

* justeret for risikotid

** justeret for alder og risikotid

5.7 Osteoporose

Sygehuskontakter - osteoporose

For mænd er det gennemsnitlige antal sygehuskontakter højest blandt danskere og lavest blandt libanesere, mens det for kvinder er højest blandt danskere og lavest blandt tyrkere (tabel 5.7.1). Når der justeres for aldersforskelle, har samtlige mænd og kvinder fra de etniske minoritetsgrupper, med undtagelse af irakiske og marokkanske mænd, signifikant mindre sandsynlighed for sygehuskontakt sammenlignet med danske mænd og kvinder. Ses der på det relative antal sygehuskontakter har mænd fra Tyrkiet, Eksjugoslavien, Pakistan, Libanon, Somalia, Marokko og Vietnam signifikant færre sygehuskontakter blandt sammenlignet med danskere, mens irakere og iranere ikke afviger signifikant fra danskere. For kvinder har alle etniske minoriteter signifikant færre sygehuskontakter sammenlignet med danskere, bortset fra marokkanske kvinder, som ikke afviger signifikant fra danskere.

Der ses signifikant flere sygehuskontakter hos kvinder end mænd blandt danskere, mens der for tyrkere, eksjugoslavere, pakistanere, irakere, somalier og iranere ses det omvendte mønster (bilag 1, side 67). For libanesere, marokkanere og vietnamesere ses ingen signifikant forskel mellem mænd og kvinder.

Resumé

Etniske minoriteter har færre sygehuskontakter end danskere. Mens danske kvinder har flere sygehuskontakter end danske mænd, ses det omvendte mønster blandt de etniske minoriteter.

Tabel 5.7.1 Sygehuskontakter - osteoporose

De to første kolonner viser gennemsnitlige heldøgnsindlæggelser og ambulatoriekontakter med a-diagnose osteoporose blandt danskere og 9 etniske minoriteter. De to efterfølgende kolonner viser sandsynligheden for at have en sygehuskontakt, mens de to sidste kolonner viser det relative antal sygehuskontakter for hver af de 9 minoriteter med Danmark som reference. Analyserne er baseret på perioden 2001-2002 og på personer over 15 år (n=2.418.545).

	Gn. sygehuskontakter pr. 100.000 personår*	Gn. sygehuskontakter pr. 100.000 personår*	Sandsynlighed for sygehuskontakt (OR)**	Sandsynlighed for sygehuskontakt (OR)**	Relative antal sygehuskontakter (RR)**	Relative antal sygehuskontakter (RR)**
	Mænd (n=1.182.201)	Kvinder (n=1.236.344)	Mænd (n=1.182.201)	Kvinder (n=1.236.344)	Mænd (n=1.182.201)	Kvinder (n=1.236.344)
Danmark	1574	2660	1 (ref.)	1 (ref.)	1 (ref.)	1 (ref.)
Tyrkiet	1025	338	0.66 (0.54-0.79)	0.14 (0.07-0.29)	0.74 (0.66-0.84)	0.34 (0.27-0.43)
Eksjugoslavien	1118	457	0.69 (0.56-0.84)	0.19 (0.14-0.26)	0.77 (0.68-0.88)	0.32 (0.26-0.39)
Pakistan	1069	471	0.59 (0.45-0.78)	0.18 (0.12-0.26)	0.76 (0.64-0.90)	0.46 (0.35-0.61)
Iran	1550	739	0.67 (0.50-0.91)	0.21 (0.13-0.35)	1.07 (0.91-1.26)	0.58 (0.43-0.77)
Irak	1413	402	0.75 (0.56-1.00)	0.15 (0.08-0.27)	1.00 (0.84-1.19)	0.39 (0.27-0.58)
Libanon	919	627	0.60 (0.42 -0.86)	0.24 (0.15-0.39)	0.67 (0.52-0.84)	0.71 (0.51-0.98)
Somalia	985	452	0.61 (0.42-0.88)	0.21 (0.13-0.34)	0.73 (0.56-0.94)	0.52 (0.35-0.76)
Marokko	1044	987	0.83 (0.58-1.19)	0.39 (0.25-0.60)	0.73 (0.64-0.90)	0.99 (0.74-1.33)
Vietnam	993	774	0.52 (0.31-0.87)	0.14 (0.07-0.29)	0.70 (0.51-0.94)	0.57 (0.40-0.80)

* justeret for risikotid

** justeret for alder og risikotid

5.8 Muskel- og skeletsygdom

Blandt mænd er det gennemsnitlige antal sygehuskontakter højest for irakere og lavest for somaliere, mens det blandt kvinder er højest for pakistanere og lavest for vietnamesere (tabel 5.8.1).

Når der justeres for aldersforskelle, har mænd fra Pakistan, Irak, Somalia og Vietnam signifikant mindre sandsynlighed for sygehuskontakt sammenlignet med danske mænd. Blandt kvinder har eksjugoslavere, pakistanere, somaliere, marokkanere og vietnamesere mindre sandsynlighed for sygehuskontakt end danskere. De øvrige minoritetsgrupper afviger ikke signifikant fra danskere. Ses der på det relative antal sygehuskontakter, har mænd fra Tyrkiet, Eksjugoslavien, Libanon, Irak samt Marokko signifikant flere sygehuskontakter sammenlignet med danske mænd. Mænd fra Pakistan og Iran adskiller sig ikke signifikant fra danske mænd, mens vietnamesere og somaliere har signifikant færre sygehuskontakter. Sammenlignet med danske kvinder ses der signifikant flere sygehuskontakter blandt kvinder fra Tyrkiet, Pakistan og Iran. Kvinder fra de øvrige etniske minoriteter adskiller sig ikke signifikant fra danske kvinder, med undtagelse af vietnamesiske kvinder, som har signifikant færre kontakter. Pakistanske kvinder har således mindre sandsynlighed for kontakt, men har relativt flere sygehuskontakter end danske kvinder.

Der ses signifikant flere sygehuskontakter blandt kvinder end mænd blandt danskere, tyrkere, eksjugoslavere, pakistanere, somaliere og iranere. For de øvrige etniske minoriteter ses der ingen signifikant kønsforskel.

Resumé

Der ses et meget vekslende billede, men tendensen er, at flere etniske minoriteter har signifikant flere sygehuskontakter end danskere, mens vietnamesere har signifikant færre kontakter. Endvidere er tendensen, at kvinder inden for de fleste etniske grupper har flere sygehuskontakter end mænd.

Tabel 5.8.1 Sygehuskontakter - muskel- og skeletsygdom

De to første kolonner viser gennemsnitlige heldøgnsindlæggelser og ambulatoriekontakter med a-diagnose muskel- og skeletsygdom blandt danskere og 9 etniske minoriteter. De to efterfølgende kolonner viser sandsynligheden for at have en sygehuskontakt, mens de to sidste kolonner viser det relative antal sygehuskontakter for hver af de 9 minoriteter med Danmark som reference. Analyserne er baseret på perioden 2001-2002 og på personer over 15 år (n=2.418.556).

	Gn. sygehuskontakter pr. 100.000 personer*	Gn. sygehuskontakter pr. 100.000 personer*	Sandsynlighed for sygehuskontakt (OR)**	Sandsynlighed for sygehuskontakt (OR)**	Relative antal sygehuskontakter (RR)**	Relative antal sygehuskontakter (RR)**
	Mænd (n=1.182.201)	Kvinder (n=1.236.355)	Mænd (n=1.182.201)	Kvinder (n=1.236.355)	Mænd (n=1.182.201)	Kvinder (n=1.236.355)
Danmark	2267	3564	1 (ref.)	1 (ref.)	1 (ref.)	1 (ref.)
Tyrkiet	1452	2408	0.90 (0.78-1.04)	0.91 (0.80-1.04)	1.12 (1.01-1.24)	1.31 (1.21-1.43)
Eksjugoslavien	2121	2271	1.14 (0.99-1.31)	0.83 (0.72-0.96)	1.34 (1.22-1.48)	0.96 (0.88-1.06)
Pakistan	1401	4011	0.76 (0.61-0.96)	0.77 (0.63-0.94)	0.99 (0.85-1.14)	2.14 (1.94-2.35)
Iran	1703	2973	1.09 (0.88-1.35)	1.04 (0.83-1.32)	1.14 (0.97-1.33)	1.36 (1.18-1.58)
Irak	2707	2187	1.22 (1.00-1.51)	0.90 (0.70-1.15)	2.01 (1.77-2.27)	1.17 (0.99-1.38)
Libanon	1771	1898	1.15 (0.91-1.45)	0.85 (0.65-1.11)	1.42 (1.20-1.69)	1.12 (0.93-1.34)
Somalia	585	1446	0.40 (0.26-0.62)	0.52 (0.37-0.73)	0.51 (0.37-0.71)	0.86 (0.69-1.07)
Marokko	2107	1548	0.95 (0.70-1.28)	0.60 (0.42-0.87)	1.45 (1.21-1.75)	0.83 (0.66-1.06)
Vietnam	686	516	0.45 (0.28-0.74)	0.23 (0.13-0.41)	0.45 (0.32-0.65)	0.23 (0.15-0.35)

* justeret for risikotid

** justeret for alder og risikotid

5.9 Psykisk sygdom (depression og skizofreni)

Sygehuskontakter – psykisk sygdom

For mænd er det gennemsnitlige antal sygehuskontakter højest blandt libanesere og lavest blandt iranere, mens det for kvinder er højest blandt marokkanere og lavest blandt libanesere (tabel 5.9.1).

Når der justeres for aldersforskelle, har libanesiske mænd signifikant større sandsynlighed for sygehuskontakt sammenlignet med danske mænd, mens mænd fra de øvrige minoritetsgrupper ikke afviger signifikant. Minoritetskvinder afviger ikke signifikant fra danskere. Ses der på det relative antal sygehuskontakter, har mænd fra Tyrkiet, Pakistan, Libanon samt Irak signifikant flere sygehuskontakter sammenlignet med danskere, mens somaliere, eksjugoslavere og iranere ikke afviger signifikant fra danskere. Blandt kvinder har tyrkere, pakistanere og marokkanere signifikant flere sygehuskontakter end danskere, hvorimod vietnamesiske, eksjugoslaviske, libanesiske og iranske kvinder ikke afviger signifikant. Marokkanske og vietnamesiske mænd samt irakiske kvinder er ekskluderet af analyserne, da grupperne har yderst få eller ingen sygehuskontakter.

Danske kvinder har signifikant flere sygehuskontakter end danske mænd, mens kønnene for tyrkere, eksjugoslavere, pakistanere, somaliere og iranere ikke adskiller sig signifikant fra hinanden. Blandt libanesere har mænd signifikant flere kontakter end kvinder (bilag 1, side 67).

Antidepressiv medicin

Det gennemsnitlige forbrug er højest blandt pakistanske mænd og lavest blandt somaliere, mens det for kvinder er højest blandt danskere og lavest for somaliere (tabel 5.9.2). Når der justeres for aldersforskelle, har mænd fra Eksjugoslavien, Libanon, Irak og Iran signifikant større sandsynlighed for at have et forbrug af antidepressiv medicin end mænd fra Danmark, mens mænd fra Pakistan, Somalia, Marokko og Vietnam har signifikant mindre sandsynlighed. For kvinder har tyrkere, pakistanere, somaliere, marokkanere og vietnamesere signifikant mindre sandsynlighed for at have et forbrug sammenlignet med danske kvinder, mens libanesere og irakere ikke afviger signifikant. Desuden har kvinder fra Eksjugoslavien og Iran signifikant større sandsynlighed for at have et forbrug end danske kvinder. Blandt personer, der har et forbrug af antidepressiv medicin, er forbruget blandt kvinder og mænd inden for alle etniske minoriteter signifikant lavere end blandt danskere.

Medicin mod skizofreni (antipsykotisk medicin)

Det gennemsnitlige forbrug er højest blandt iranske mænd og lavest blandt pakistanske mænd, mens det for kvinder er højest for danskere og lavest for pakistanere (tabel 5.9.3). Når der justeres for aldersforskelle, ses det, at mænd fra Eksjugoslavien, Libanon, Irak og Iran har signifikant større sandsynlighed for at have et forbrug end danske mænd, mens marokkanere og vietnamesere ikke adskiller sig signifikant fra danskere. Tyrkiske, pakistanske og somaliske mænd har signifikant mindre sandsynlighed for at have et

forbrug sammenlignet med danske mænd. Sammenlignet med danske kvinder, har kvinder fra Tyrkiet, Pakistan, Libanon, Irak, Marokko, Vietnam og Somalia signifikant mindre sandsynlighed for at have et forbrug. Eksjugo-slaviske kvinder har som eneste gruppe en signifikant større sandsynlighed for at have et forbrug end danske kvinder, mens iranske kvinder ikke adskiller sig signifikant. Blandt personer, der har et forbrug af medicin mod skizofreni, er forbruget blandt kvinder og mænd inden for alle etniske minoriteter signifikant lavere end blandt danskere.

Resumé

Det generelle billede er ikke entydigt, idet nogle etniske minoriteter har flere sygehuskontakter end danskere, mens andre ikke afviger signifikant fra danskere. Særligt libanesiske mænd har mange sygehuskontakter. Også hvad angår medicinforbruget, tegner der sig et meget vekslende billede, hvor nogle etniske minoriteter har større sandsynlighed for at have et forbrug end danskere og andre mindre sandsynlighed. Imidlertid er det relative medicinforbrug signifikant lavere i alle etniske grupper til sammenligning med danskere. Der ses samtidig en diskrepans mellem mange sygehuskontakter og et lavt medicinforbrug blandt kvinder fra Tyrkiet, Pakistan og Marokko samt tyrkiske mænd.

Tabel 5.9.1 Sygehuskontakter - psykisk sygdom (depression og skizofreni)

De to første kolonner viser gennemsnitlige heldøgnsindlæggelser og ambulatoriekontakter med a-diagnose psykisk sygdom blandt danskere og 9 etniske minoriteter. De to efterfølgende kolonner viser sandsynligheden for at have en sygehuskontakt, mens de to sidste kolonner viser det relative antal sygehuskontakter for hver af de 9 minoriteter med Danmark som reference. Analyserne er baseret på perioden 2001-2002 og på personer over 15 år (n=2.401.524).

	Gn. sygehuskontakter per 100.000 personer*	Gn. sygehuskontakter per 100.000 personer*	Sandsynlighed for sygehuskontakt (OR)**	Sandsynlighed for sygehuskontakt (OR)**	Relative antal sygehuskontakter (RR)**	Relative antal sygehuskontakter (RR)**
	Mænd (n=1.172.718)	Kvinder (n=1.228.806)	Mænd (n=1.172.718)	Kvinder (n=1.228.806)	Mænd (n=1.172.718)	Kvinder (n=1.228.806)
Danmark	51	101	1 (ref.)	1 (ref.)	1 (ref.)	1 (ref.)
Tyrkiet	74	103	1.67 (0.89-3.12)	1.18 (0.65-2.14)	3.88 (2.46-6.13)	3.89 (2.59-5.83)
Eksjugoslavien	38	50	1.23 (0.55-2.75)	0.86 (0.41-1.81)	1.44 (0.72-2.88)	1.15 (0.62-2.14)
Pakistan	57	111	1.00 (0.32-3.12)	1.12 (0.47-2.70)	2.56 (1.21-5.38)	4.08 (2.31-7.22)
Iran	11	33	0.45 (0.06-3.20)	0.79 (0.20-3.15)	0.47 (0.07-3.33)	0.87 (0.22-3.49)
Irak	66	§	1.87 (0.70-5.00)	§	2.40 (1.52-7.59)	§
Libanon	230	16	3.47 (1.55-7.76)	0.42 (0.06-2.96)	13.21 (8.15-21.22)	0.74 (0.10-5.28)
Somalia	33	18	1.21 (0.30-4.86)	0.39 (0.06-2.79)	2.28 (0.57-9.15)	0.79 (0.11-5.62)
Marokko	§	157	§	0.56 (0.08-4.03)	§	5.89 (2.80-12.4)
Vietnam	§	94	§	2.29 (0.86-6.12)	§	2.18 (0.82-5.81)

§ få eller ingen events

* justeret for risikotid

** justeret for alder og risikotid

Tabel 5.9.2 Antidepressiv medicin

De to første kolonner viser det gennemsnitlige forbrug af antidepressiv medicin i definerede døgndoser (DDD) blandt danskere og 9 etniske minoriteter opgjort per personår. De to efterfølgende kolonner viser sandsynligheden for at have et forbrug, og de to sidste kolonner angiver det relative forbrug blandt personer, som har et forbrug for hver af de 9 etniske minoriteter med Danmark som reference. Analyserne er baseret på perioden 2001-2002 og på personer over 15 år (n=2.418.656).

	Gn. medicinforbrug (DDD) *	Gn. medicinforbrug (DDD) *	Sandsynlighed for forbrug (OR) **	Sandsynlighed for forbrug (OR) **	Relative forbrug**	Relative forbrug**
	Mænd (n=1.182.252)	Kvinder (n=1.236.404)	Mænd (n=1.182.252)	Kvinder (n=1.236.404)	Mænd (n=138.189)	Kvinder (n=74.089)
Danmark	13,7	26,5	1 (ref.)	1 (ref.)	1 (ref.)	1 (ref.)
Tyrkiet	4,5	8,4	0.70 (0.64-0.76)	0.71 (0.67-0.76)	0.42 (0.37-0.46)	0.38 (0.35-0.41)
Eksjugoslavien	10,1	16,4	1.21 (1.12-1.30)	1.12 (1.05-1.18)	0.55 (0.50-0.60)	0.48 (0.44-0.52)
Pakistan	45,6	4,1	0.53 (0.47-0.61)	0.42 (0.37-0.47)	0.49 (0.41-0.59)	0.28 (0.24-0.33)
Iran	13,3	16,2	1.54 (1.39-1.70)	1.23 (1.11-1.36)	0.50 (0.44-0.57)	0.43 (0.38-0.49)
Irak	9,4	8,5	1.90 (1.73-2.08)	0.89 (0.79-1.00)	0.33 (0.30-0.38)	0.30 (0.26-0.34)
Libanon	15,8	10,5	1.93 (1.74-2.13)	1.08 (0.97-1.20)	0.54 (0.47-0.61)	0.35 (0.30-0.40)
Somalia	2,2	1,5	0.34 (0.27-0.43)	0.16 (0.12-0.20)	0.34 (0.26-0.46)	0.26 (0.19-0.37)
Marokko	5,3	5,3	0.68 (0.56-0.82)	0.57 (0.49-0.68)	0.46 (0.36-0.58)	0.30 (0.24-0.37)
Vietnam	2,3	4,4	0.41 (0.32-0.53)	0.33 (0.27-0.41)	0.40 (0.28-0.56)	0.35 (0.26-0.46)

* justeret for risikotid

** justeret for alder og risikotid

Tabel 5.9.3 Medicin mod skizofreni

De to første kolonner viser det gennemsnitlige forbrug af medicin mod skizofreni i definerede døgndoser (DDD) blandt danskere og 9 etniske minoriteter opgjort per personår. De to efterfølgende kolonner viser sandsynligheden for at have et forbrug, og de to sidste kolonner angiver det relative forbrug blandt personer, som har et forbrug for hver af de 9 etniske minoriteter med Danmark som reference. Analyserne er baseret på perioden 2001-2002 og på personer over 15 år (n=2.418.656).

	Gn. medicinforbrug (DDD)*	Gn. medicinforbrug (DDD)*	Sandsynlighed for forbrug (OR)**	Sandsynlighed for forbrug (OR)**	Relative forbrug**	Relative forbrug**
	Mænd (n=1.182.252)	Kvinder (n=1.236.404)	Mænd (n=1.182.252)	Kvinder (n=1.236.404)	Mænd (n=29.751)	Kvinder (n=43.614)
Danmark	4,2	4,0	1 (ref.)	1 (ref.)	1 (ref.)	1 (ref.)
Tyrkiet	2,3	1,7	0.88 (0.78-0.99)	0.55 (0.48-0.62)	0.31 (0.24-0.39)	0.34 (0.26-0.44)
Eksjugoslavien	4,6	2,9	1.39 (1.25-1.55)	1.16 (1.05-1.28)	0.47 (0.37-0.58)	0.43 (0.35-0.52)
Pakistan	2,0	0,8	0.66 (0.55-0.80)	0.32 (0.25-0.41)	0.42 (0.28-0.62)	0.32 (0.20-0.52)
Iran	7,8	2,6	2.14 (1.88-2.44)	0.82 (0.67-1.01)	0.63 (0.48-0.82)	0.44 (0.30-0.66)
Irak	5,1	0,9	2.25 (1.98-2.57)	0.69 (0.55-0.87)	0.42 (0.32-0.55)	0.19 (0.12-0.30)
Libanon	6,6	1,2	2.57 (2.24-2.94)	0.71 (0.57-0.89)	0.40 (0.31-0.53)	0.29 (0.18-0.44)
Somalia	3,5	1,1	0.65 (0.51-0.84)	0.28 (0.20-0.39)	0.79 (0.47-1.34)	0.57 (0.30-1.10)
Marokko	3,2	1,1	1.21 (0.97-1.51)	0.59 (0.44-0.79)	0.60 (0.38-0.95)	0.24 (0.14-0.43)
Vietnam	4,5	1,0	1.00 (0.76-1.32)	0.36 (0.25-0.52)	0.68 (0.39-1.20)	0.48 (0.23-0.97)

* justeret for risikotid

** justeret for alder og risikotid

6 Kommentarer

Generelle forbrug af sundhedsydelser

De otte største etniske minoritetsgrupper har et større forbrug af sygesikringsydelser og flere kontakter til sygehusene end etniske danskere, når der justeres for aldersforskelle. Den 9. største gruppe - vietnamesere – har til gengæld klart færre kontakter. For sygehusomkostninger ses et vekslende billede for mænd, idet de fleste etniske minoriteter ikke adskiller sig signifikant fra danskere, mens nogle minoriteter har et større eller et mindre forbrug af sygehusomkostninger. Blandt kvinder er tendensen, at etniske minoriteter har et signifikant større forbrug af sygehusomkostninger sammenlignet med danske kvinder. I relation til sygesikringsomkostninger har de etniske minoriteter overvejende større omkostninger end danskere.

Det generelle billede er således en større kontakt til sundhedsvæsenet og flere omkostninger blandt de største etniske minoriteter.

Kroniske sygdomme

Mens der generelt er en større kontakt til sundhedsvæsenet blandt alle etniske minoritetsgrupper sammenlignet med etniske danskere med undtagelse af vietnamesere, er billedet noget mere nuanceret, når der ses på de enkelte kroniske sygdomme. Samtlige etniske minoriteter har større sandsynlighed for sygehuskontakt og relativt flere sygehuskontakter med diagnosen type 2 diabetes end etniske danskere. På hjerteområdet ses et mere vekslende billede, idet der generelt ses færre sygehuskontakter med hjerte-kar-sygdom blandt personer fra Iran, Somalia og Vietnam, men relativt flere sygehuskontakter blandt personer fra Tyrkiet, Eksjugoslavien, Pakistan og Irak. På trods af de relativt flere kontakter, har de sidstnævnte grupper mindre sandsynlighed for have en sygehuskontakt, når man sammenligner med danskere. Det tyder derfor på, at grupperne udgør tunge patientgrupper med mange sygehuskontakter. Blandt de resterende etniske minoriteter er tendensen, at der er færre indlæggelser for apopleksi, AMI, IHD og hypertension end blandt danskere. Da type 2 diabetes er en markant risikofaktor for hjerte-kar-sygdom, kan det forventes, at der i årene fremover vil blive en øget forekomst af hjerte-kar-sygdom blandt etniske minoriteter sammenlignet med etniske danskere. Hvad angår kronisk lungesygdom, er billedet også vekslende, idet mænd fra de fleste etniske minoriteter har relativt flere sygehuskontakter sammenlignet med etniske danskere, mens kvinder generelt har mindre kontakt, hvad angår KOL, bortset fra pakistanske kvinder som skiller sig bemærkelsesværdigt ud med signifikant flere sygehuskontakter. Ligesom på hjerteområdet, ses det, at de minoritetsgrupper, som har relativt flere kontakter også har mindre sandsynlighed for at have en sygehuskontakt, hvilket tyder på, at mænd fra Tyrkiet, Eksjugoslavien, Pakistan, Irak og Somalia samt pakistanske kvinder udgør særligt tunge patientgrupper. Hvad angår astma har de fleste etniske minoritetsgrupper større sandsynlighed for kontakt og relativt flere sygehuskontakter end danskere. På muskel- og skeletområdet ses et meget vekslende billede, men tendensen er, at de fleste etniske minoriteter har signifikant flere sygehuskontakter eller ikke adskiller

sig signifikant for danskere, med undtagelse af personer fra Vietnam. Hvad angår osteoporose og forebyggelige kræftsygdomme, har etniske minoriteter færre sygehuskontakter end danskere.

For somatiske sygdomme tegner der sig således et billede af, at de etniske minoriteter hyppigere har livsstilssygdomme, som kan ramme i en ung alder, og hvor der formodes at være et relativt kort forløb fra eksponering til udvikling af sygdom (type 2 diabetes, muskelskelet sygdom, astma), mens de sjældnere har livsstilssygdomme, som hovedsagelig rammer i en sen alder, og hvor forløbet fra eksponering til udvikling af sygdom er relativt langt (hjerter-kar-sygdom, osteoporose, forebyggelig kræftsygdom). Samtidig ses der en tydelig forskel mellem de etniske grupper, hvor især vietnamesere, men til dels også marokkanere og somaliere skiller sig ud som havende færre livsstilssygdomme i modsætning til fx pakistanere, tyrkere, eks-jugoslavere og irakere.

Hvad angår psykiske sygdomme, har nogle etniske minoriteter flere sygehuskontakter end etniske danskere, mens andre ikke afviger signifikant. Særligt libanesiske mænd har mange sygehuskontakter sammenlignet med danske mænd. Billedet er meget broget og kræver yderligere undersøgelser.

Kønsmæssige forskelle

På de fleste sygdomsområder ses der de samme kønsmæssige forskelle for henholdsvis danskere og etniske minoriteter. Hvad angår type 2 diabetes og osteoporose, som forekommer hyppigere blandt kvinder end mænd i Danmark, ses det omvendte mønster blandt de etniske minoriteter.

Betydningen af sociale faktorer

Betydningen af sociale forskelle er belyst for type 2 diabetes og hjerter-kar-sygdom. Når analyserne vedrørende type 2 diabetes justeres for sociale faktorer, udviskes forskellene mellem danskere og etniske minoriteter i en vis grad uden at forsvinde helt, med undtagelse af vietnamesere, som ikke længere afviger signifikant fra danskere. For sygehuskontakter med hjerter-kar-sygdom ses en udviskning af forskellene blandt de, som havde signifikant flere sygehuskontakter end etniske danskere, mens de, der havde signifikant færre sygehuskontakter, viste endnu tydeligere forskel fra etniske danskere efter justering.

Fundene viser, at de sociale forskelle mellem etniske minoriteter og etniske danskere kan forklare en del af forskellen i sygehuskontakter, men at samspillet mellem etnicitet, sociale forhold og sygdom er mere komplekst og bør undersøges nærmere.

Medicinforbrug

Hvad angår indløsning af receptpligtig medicin, er det generelle indtryk, at etniske minoriteter indløser mindre medicin end etniske danskere, hvilket er i uoverensstemmelse med de sygdomsområder, som er overrepræsenteret blandt etniske minoriteter. Hvad angår psykisk sygdom er det relative forbrug af antidepressiv medicin og medicin mod skizofreni signifikant lavere

blandt tyrkere samt kvinder fra Pakistan og Marokko end det relative antal sygehuskontakter tilsiger. Samme mønster ses i relation type 2 diabetes for næsten alle etniske minoriteter. Der kan dog ikke skelnes mellem medicinforbrug i behandlingen af type 1 og type 2 diabetes, hvorfor en forskel i forekomsten af type 1 diabetes kan forklare noget af variationen. Også for astma ses en uoverensstemmelse mellem på den ene side et lavere medicinforbrug blandt etniske minoriteter og på den anden side en både større sandsynlighed for kontakt og relativt flere sygehuskontakter.

Uoverensstemmelserne kan være et udtryk for dårligere behandling af de etniske minoritetsgrupper eller ringere complians blandt etniske minoriteter. En relativt ringere medicinsk behandling af de etniske minoriteter kan også være medvirkende til, at deres kroniske sygdom er dårligere reguleret, hvilket vil medføre flere sygehuskontakter.

Inden for dette område er der brug for yderligere analyser for at vurdere, om der er tale om en reel undermedicinering.

Diskussion af metoder

Det har ikke været hensigten med denne rapport at diskutere og forklare årsager til forskelle i forbrug af sundhedsydelser blandt etniske grupper. Analyserne tager derfor konsekvent ikke højde for forskelle i sygdomsmønstre, sygdomsadfærd, livsstil, og sundhedsvæsenets indsats over for forskellige grupper. Enkelte analyser i denne rapport er justeret for forskelle i social status. Disse analyser er kontrolleret for årsindkomst og arbejdsmarkedstilknøytning. Det kan diskuteres, om det ville have været mere hensigtsmæssigt at justere for husstandsindkomst, idet der er en højere andel af hjemmegående kvinder blandt visse etniske minoritetsgrupper (6)

Det har været Sundhedsstyrelsens ønske at inddrage data fra både Hovedstadsregionen og Region Midtjylland. Det har ikke været muligt at udvide datamaterialet til hele landet, idet dette ville skabe problemer med datakørsel. De to udvalgte regioner adskiller sig imidlertid ikke væsentligt fra det øvrige land, hvad angår befolkningssammensætning, idet de etniske grupper som indgår i denne rapport ligeledes udgør de største grupper på landsplan (2).

Det er forsøgt at tage højde for ind- og udvandring ved at justere samtlige analyser for variabelen risikotid. Det er imidlertid ikke muligt at justere for, om etniske minoriteter rejser til Danmark for at modtage behandling (personer der er udvandret) eller rejser til hjemlandet for at modtage behandling.

6.1 Konklusion

Overordnet kan det konkluderes, at der er store forskelle i forbruget af sundhedsydelser blandt etniske grupper, men tendensen er, at etniske mino-

riteter fra ikke-vestlige lande benytter sundhedsydelse i større omfang end danskere. Hvad angår specifikke kroniske sygdomme er billedet meget varieret. Således har pakistanere et større forbrug af sundhedsydelser sammenlignet med danskere i forhold til alvorlige kroniske sygdomme som type 2 diabetes, hjertesygdom og kroniske lungesygdomme, mens det modsatte mønster ses hos vietnamesere. Mænd fra Tyrkiet, Eksjugoslavien, Pakistan og Irak har mindre sandsynlighed for sygehuskontakt med hjerte-kar-sygdom og KOL end danskere, men grupperne har relativt flere kontakter, hvilket tyder på, at de udgør særligt tunge patientgrupper. Samtidig er det væsentligt at være opmærksom på, at der kan være kønsforskelle inden for de etniske grupper. Analyserne viser således, at det er afgørende at betragte de forskellige etniske minoritetsgrupper særskilt, når der planlægges forebyggelsesindsatser, eller når behovet for sundhedsydelser vurderes.

7 Bilagsfortegnelse

Bilag 1: Kønsforskelle i sygehuskontakter inden for 7 sygdomsområder

Bilag 2: Procedure for håndtering af problemer i datasamkørsel

Bilag 1: Kønsforskelle i sygehuskontakter inden for 7 sygdomsområder

Tabellen viser kønsforskelle i det relative antal sygehuskontakter inden for 7 sygdomsområder blandt danskere og 9 etniske minoriteter med mænd som reference. Analyserne er baseret på perioden 2001-2002 og på personer over 15 år.

	Hjerte-kar-sygdom** (n=2.418.545)	Diabetes** (n=2.418.545)	KOL** (n=2.418.545)	Astma** (n=2.418.545)	Osteoporose** (n=2.418.545)	Psykisk sygdom** (n=2.401.524)	Muskelskelet-sygdom** (n=2.418.545)
Danmark	0.52 (0.52-0.53)	0.74 (0.73-0.76)	0.83 (0.82-0.84)	1.38 (1.33-1.42)	1.48 (1.46-1.49)	1.48 (1.38-1.59)	1.37 (1.35-1.38)
Tyrkiet	0.54 (0.49-0.60)	2.10 (1.89-2.35)	0.59 (0.49-0.72)	2.22 (1.73-2.86)	0.34 (0.27-0.44)	1.49 (0.82-2.72)	1.73 (1.52-1.98)
Eksjugoslavien	0.72 (0.67-0.78)	1.27 (1.11-1.45)	0.57 (0.46-0.70)	1.83 (1.32-2.52)	0.40 (0.31-0.50)	1.19 (0.47-3.01)	1.03 (0.91-1.18)
Pakistan	0.47 (0.41-0.53)	1.40 (1.23-1.58)	1.41 (1.12-1.79)	0.65 (0.49-0.87)	0.49 (0.35-0.68)	2.37 (0.93-6.03)	3.18 (2.67-3.80)
Libanon	0.33 (0.26-0.43)	2.85 (2.34-3.48)	0.92 (0.59-1.42)	1.25 (0.86-1.82)	0.74 (0.50-1.11)	0.08 (0.01-0.63)	1.17 (0.91-1.51)
Irak	0.89 (0.76-1.04)	2.55 (2.15-3.03)	0.48 (0.31-0.73)	1.74 (1.29-2.36)	0.30 (0.20-0.47)	§	0.86 (0.70-1.06)
Somalia	0.36 (0.23-0.59)	1.32 (1.10-1.59)	0.52 (0.35-0.76)	0.64 (0.34-1.22)	0.47 (0.29-0.75)	0.52 (0.05-5.69)	2.52 (1.69-3.75)
Iran	0.74 (0.62-0.88)	0.86 (0.67-1.09)	0.68 (0.44-1.05)	1.29 (0.86-1.92)	0.48 (0.34-0.67)	2.76 (0.25-30.41)	1.75 (1.41-2.16)
Marokko	0.96 (0.76-1.22)	2.03 (1.58-2.61)	1.20 (0.63-2.28)	1.68 (1.07-2.61)	1.08 (0.73-1.60)	§	0.84 (0.63-1.14)
Vietnam	0.72 (0.51-1.01)	1.31 (0.95-1.80)	0.41 (0.22-0.75)	0.38 (0.20-0.75)	0.76 (0.48-1.20)	§	0.73 (0.42-1.28)

§ få eller ingen events

** justeret for alder og risikotid

Bilag 2: Procedure for håndtering af problemer i datasamkørsel

1. scenarium

Personen P var i landet indtil evt. udvandring, mellem indvandring og udvandring og fra seneste indvandring til udløbet af studieperioden (eller evt. død forinden). P regnes for at være født i DK, med mindre det første, vi har på P, er en indvandring.

2. scenarium

P regnes for bosiddende i DK pr. 1.1.2001, idet det indgår i definitionen af studiepopulationen.

3. scenarium

Ved enhver kontakt med sundhedsvæsenet må P have været bosiddende i DK. Hvis der er en kontakt efter en udvandring (og inden en evt. efterfølgende indvandring), genererer vi en indvandring midt mellem udvandringsdatoen og kontakten.

4. scenarium

Hvis P regnes for født i DK i henhold til regel 1 (fordi det første vi har, er en kontakt til sundhedsvæsenet) og er registreret som indvandret derefter, genereres en udvandring midt mellem seneste kontakt og indvandringsdatoen.

5. scenarium

Hvis indvandring følger efter indvandring (uden udvandring imellem), uanset om den første indvandring er registreret eller genereret i henhold til regel 3, gælder følgende:

- a) Hvis den anden indvandring er højst 30 dage efter den første, regnes den anden for en fejl og ignoreres.
- b) I øvrige tilfælde genereres en udvandring midt mellem den første indvandringsdato eller evt. senere kontakt og den anden indvandringsdato.

6. scenarium

Hvis udvandring følger efter udvandring (uden indvandring, hverken registreret eller genereret iht. regel 3), gælder følgende:

- a) Hvis den anden udvandring er højst 30 dage efter den første, regnes den anden for en fejl og ignoreres.
- b) I øvrige tilfælde genereres en indvandring midt mellem de to udvandringsdatoer.

7. scenarium

Hvis ind- og udvandringsdata er i konflikt med regel 2, genereres indvandring efter regel 3 på den måde, at der regnes med en kontakt den 1.1.2001.

En ekstraregel i forbindelse med Sygesikringsregisteret:

8. scenarium

Sygesikringsregisteret indeholder ikke datoer, kun ugenumre. Når ovenstående regler skal anvendes, regnes kontakten for at have fundet sted om onsdagen i den pågældende uge, undtagen hvis der er en ind- eller udvandring i den samme uge - i så fald regnes kontakten for at have været på den naturlige side af vandringen.

9. scenarium

Hvis "midt imellem" to datoer er tvetydig, fordi der er et lige antal dage imellem, bruges den dato, som er et lige antal dage efter nytår 1960 (der ved sker afrunding lige ofte op og ned)

8 Litteraturliste

1. Mogensen GV & Matthiessen eds. Integration i Danmark omkring årtusindskiftet. Rockwool fondens Forskningsenhed og Aarhus Universitetsforlag 2000.
2. <http://www.sifolkesundhed.dk/Udgivelser/Notater/2005/Sundhedsforhold%20blandt%20etniske%20minoriteter.aspx>
3. <http://www.laegemiddelstyrelsen.dk/1024/visLSArtikel.asp?artikelID=3494>
4. Landspatientregisteret: Vejledning i udtræk. Sundhedsstyrelsen: København, 2002.
5. <http://www.im.dk/publikationer/drgmetoden2001/kap6.htm>
6. Lindhardt A & Frølander A. Indvandrere og arbejdsmarkedet. Danmarks Statistik. København, 2004.